

Sosiaaliturvan suunta

2005-2006



Tiivistelmä

Sosiaaliturvan suunta 2005-2006. Helsinki 2006. 204 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2006:1)
ISBN 952-00-1935-9 (nid.) ISBN 952-00-1936-7 (PDF)

Työllisyysasteen kasvu sosiaaliturvan kehittämisen edellytys

Suurten ikäluokkien lähestyminen eläkeikää merkitsee sopeutumista työikäisen väestön vähenemiseen. Työikäisen väestön määrä alkaa supistua vuodesta 2010 alkaen. 20-59-vuotias väestö alkaa vähetä jo tätä aikaisemmin. Samanaikaisesti kasvaa niiden ikäluokkien koko, joissa työllisyysasteet ovat perinteisesti olleet alhaiset.

Väestön ikääntyminen alkaa vaikuttaa koko voimakkuudellaan elatussuhteen kehittymiseen 2010- ja 2020-luvuilla. Elatussuhde kuvaa sitä, kuinka monen henkilön toimeentulo on riippuvainen yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta. Hallituksen tavoitteena on lisätä työllisyyttä 100 000 henkilöllä vuoteen 2007 ja nostaa työllisyysaste 75 prosenttiin vuoteen 2011 mennessä. Jos hallituksen työllisyystavoite toteutuu, elatussuhde vahvistuu aina vuoteen 2011 asti, jonka jälkeen se alkaa hitaasti heiketä. Väestön ikääntymisestä huolimatta elatussuhde olisi vuonna 2030 kuitenkin samalla tasolla kuin vuonna 2000.

Sosiaaliturvan kehittämismahdollisuudet riippuvat merkittävästi talouden kasvusta. Ikääntyvä väestö on haaste talouskasvun ylläpitämiselle. Mikäli eri ikäryhmien työllisyysasteita ei pystytä nostamaan, työikäisen väestön ikärakenteen muutos pienentää talouskasvua jo lähitulevaisuudessa. Hallituksen työllisyystavoitteen toteutuminen muuttaisi tilannetta oleellisesti. Väestön ikääntyminen ei enää samalla tavoin hidastaisi taloudellista kasvua. Yhteiskunnan varallisuuden kehittymisen lisäksi tällä olisi tuntuva vaikutus yhteiskunnan kykyyn tuottaa hyvinvointipalveluita kansalaisille. Sosiaalimenot rahoitetaan lähinnä veroilla ja sosiaalivakuutusmaksuilla. Hyvä työllisyyskehitys takaisi verotulojen suotuisan kehityksen. Samalla hyvä työllisyyskehitys vähentäisi työttömyys- ja eläkemenoja, mikä vapauttaisi voimavaroja sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen, mikä luo edellytyksiä hyvälle tuottavuuskehitykselle.

Työllisyystavoitteen saavuttaminen ei ole helppoa. Tavoitteessa onnistuminen edellyttää toimia, jotka koskettavat kaikkia ikäryhmiä. Talous- ja hyvinvointipolitiikan keinovalikoiman tulee olla mahdollisimman kattava.

Sosiaalimenot lievässä kasvussa

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen kääntyi pitkään jatkuneen laskun jälkeen lievään nousuun 2000-luvun alussa. Tämä johtui sosiaalimenojen kasvun lisäksi bruttokansantuotteen kasvun hidastumisesta. Sosiaalimenoja on viime vuosina kasvatta-

nut vanhuuteen sekä sairauteen ja terveyteen liittyvien menojen kasvu. Nämä menot muodostavat yhdessä yli puolet sosiaalimenoista. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen on Suomessa EU:n keskitasoa (EU15). Sosiaalimenojen suuruuden lisäksi EU-maiden välillä on eroja myös menorakenteessa. Suomessa palvelumenojen osuus kokonaismenoista on pienempi kuin Ruotsissa ja Tanskassa, mutta suurempi kuin EU:ssa keskimäärin.

Sosiaali- ja terveyspalvelut vuoden 2006 talousarvioesityksen painopiste

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan osuus valtion talousarvioesityksessä on noin 11 miljardia euroa. Määrä on 12 prosenttia kuluvan vuoden talousarviota suurempi. Sosiaali- ja terveysministeriön talousarvioesityksessä painotetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuutta ja saatavuutta, rahoitusjärjestelmien selkeyttämistä sekä riittävän toimeentulon turvaamista jokaiselle.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksiin esitetään 4 021 miljoonaa euroa, jossa on lisäystä 9,5 prosenttia vuoden 2005 tasoon verrattuna. Osana kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistamista sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien eräitä määräytymisperusteita tarkistetaan. Vaikeasti vammaisten henkilöiden palveluista aiheutuvia kustannuksia kompensoidaan uudella vammaiskertomella sekä lastensuojelun tarpeesta aiheutuvia kustannuksia uudella lastensuojelukertomella, joka korvaa erillisen lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmän. Lisäksi syrjäisyyskertoimen määräytymisperusteita muutetaan.

Osana pitkäaikaistyöttömien työllistymiseen tähtäävää työmarkkinatuki uudistusta vuoden 2006 alussa toimeentulotuen normitettavissa oleva osa irrotetaan valtionosuusjärjestelmästä.

Sairausvakuutuksen rahoitus uudistetaan vuoden 2006 alusta. Uudistuksen tarkoituksena on turvata riittävä rahoitus sairauden perusteella myönnettävien etuuksien maksamiseen. Tätä varten sairausvakuutuksessa vahvistetaan vakuutusperiaatetta tiivistämällä maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä.

Sairausvakuutusrahaston kautta tapahtuva rahoitus jaetaan kahteen eri osaan, sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen. Valtio rahoittaa sairaanhoitovakuutukseen kuuluvat EU -maihiin maksettavat sairaanhoitokorvaukset. Muutoin sairaanhoitovakuutus rahoitetaan vakuutettujen ja valtion yhtä suurella osuudella. Työtulovakuutus rahoitetaan työnantajien, palkansaajien, yrittäjien ja valtion osuuksilla.

Väestön lihominen ja lisääntynyt alkoholin käyttö suurimmat uhat kansanterveydelle

Väestön terveydentila on parempi kuin koskaan aikaisemmin. Väestön elinikä on noussut ja toimintakykyisten elinvuosien määrä on lisääntynyt. Myönteisen kehityksen suurimmat uhat ovat väestön lihominen ja alkoholikulutuksen selvä lisääntyminen. Molemmat aiheuttavat huomattavia, moninaisia ja kalliita ongelmia niin yksilöille, perheille, kansanterveydelle kuin koko yhteiskunnalle.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat edelleen suuret ja erot näyttävät kasvavan. Tupakka ja alkoholi selittävät puolet näistä eroista. Kalleimmat tautiryhmät Suomessa ovat sydän- ja verisuonisairaudet, mielenterveyshäiriöt, hengityselintaudit sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Yhdessä niihin kohdistuu puolet terveydenhuollon kustannuksista. Monet nykyisistä kansantaudeistamme on ehkäistävissä. Terveydenhuollon vaikutus väestön terveyteen on vain 10-15 prosenttia. Suurin vaikutus on yksilön elintavoilla ja elinympäristöllä.

Kansanterveyden kehittämiseksi edelleen myönteiseen suuntaan vaatii jatkuvaa ponnistelua. Ensiarvoisen tärkeätä on saada ihmiset tiedostamaan omien valintojensa ja elintapojensa vaikutus terveydentilaansa. Perusta terveeseen aikuisikään ja toimintakykyiseen vanhuuteen luodaan jo lapsuus- ja nuoruusvuosina. Ennaltaehkäisevään toimintaan ja terveysvalistukseen panostaminen ovat halpoja keinoja, joilla voidaan saada merkittäviä säästöjä niin terveydenhuollon kuin koko yhteiskunnan menoissa tulevana vuosina. Tautien ennaltaehkäisy on aina halvempaa kuin vikojen korjaaminen jälkikäteen.

Väestöryhmien välisiin terveyseroihin voidaan vaikuttaa myös yleisellä yhteiskuntapolitiikalla. Yhteiskunnan päätöksillä on terveysvaikutuksia, mutta niitä ei huomioida vielä riittävästi. Erityisesti on otettava huomioon päätösten vaikutus terveydeltään eriarvoisiin ryhmiin, kuten lapsiin, vammaisiin, mielenterveyden häiriöistä kärsiviin ja pitkäaikaistyöttömiin. Keskeistä on taata kaikille yhtäläiset mahdollisuudet päästä hoitoon.

Kansanterveyden kehityksen kannalta kiireisin tehtävä on saada alkoholin kulutus kääntymään laskuun sekä estää väestön lihominen.

Vanhuspalvelut mitoitetaan asiakkaan jäljellä olevan toimintakyvyn mukaisesti

Vanhuspolitiikan tavoitteena on vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen mahdollisimman pitkään. Toimintakyvyn arviointi on palvelutarpeen arvioinnin keskeinen osa. Palvelut mitoitetaan ikääntyneen asiakkaan jäljellä olevan toimintakyvyn mukaisesti. Palvelut ulottuvat vähäistä toimintakyvyn alenemista korvaavista avopalveluista aina toimintakyvyltään heikoimpien vanhusten pitkäaikaishoitoon terveyskeskusten vuodeosastoilla. Näin turvataan vanhusten oikeus mahdollisimman pitkäkestoiseen omaehtoiseen elämään samalla, kun taataan tarvittavat palvelut ja kohdennetaan resursseja tarkoitukseenmukaisella tavalla.

Jotta vanhuspoliittiset tavoitteet saavutettaisiin, on niin omaishoidon tuen, palveluasumisen kuin kotihoidon väestöosuuksien noustava ennakoitua enemmän ja vastaavasti raskaampien palvelujen kuten terveyskeskusten pitkäaikaishoidon ja vanhainkotien väestöosuuksien laskettava ennakoitua enemmän.

Työolot kehittyneet myönteisesti

Työolojen myönteinen kehitys on perusedellytys sopeuduttaessa väestön ikääntymisen aiheuttamiin haasteisiin. Työelämän laadullisten tekijöiden kohentavat tuottavuutta. Työolot ovat monessa suhteessa kehittyneet myönteisesti. Ydintavoitteena on ollut ikääntyneiden työllisyysasteen nostaminen, ja tässä on tapahtunut selvää kohentumista. Suuret ikäluokat ovat pysyneet työelämässä pidempään kuin heitä edeltäneet ikäluokat.

Samaten työpaikka on onnistuttu säilyttämään aiempaa useammin. Mikäli työpaikka menetetään, uudelleen työllistyminen on kuitenkin hankalampaa kuin nuoremmilla ikäluokilla.

Työhyvinvointi ja työn laadulliset tekijät ovat keskeisiä työhön kiinnittäviä tai siitä irtottavia tekijöitä. Työelämän laatu on moniulotteinen ilmiö, joka on vuorovaikutuksessa myös työelämän ”ulkopuolisen maailman” kanssa. Mikään yksittäinen tekijä ei selitä työelämässä pysymistä tai sieltä poistumista.

Selvitysten mukaan suuri enemmistö palkansaaajista on joko erittäin tai melko tyytyväisiä työhönsä. Näin siitä huolimatta, että koettu kiire ja työn henkinen raskaus ovat melko yleisiä kuormitustekijöitä. Yhtäläillä palkansaaajien työkyky on hyvä: Noin 40 prosentilla työkyky on erinomainen, yli puolella hyvä ja alle 10 prosentilla kohtalainen tai heikko.

Myönteistä kehitystä varjostaa kuitenkin rakenteellisen työttömyyden sitkeys. Ongelma korostuu työikäisten ikäluokkien pienentyessä. Tarpeellisia resursseja jää kohtuuttomasti käyttämättä. Työllisyysasteen nosto, tuottavuuden kasvu ja työelämän laadulliset tekijät näyttävät paljolti kytkeytyvän tähän ilmiöön. Työttömyys on vähentynyt, mutta työttömyyden kova ydin on edelleen olemassa. Samaten yritysten rekrytointiin liittyvät ongelmat näyttävät jopa pahentuneen.

Pitkällisen syrjäytymiskiirteen katkaisu edellyttää voimavaroja ja sitoutumista

Sekä yhteiskunnallinen kehitys että yksilölliset tekijät vaikuttavat syrjäytymisen yleisyyteen. Kyse on erilaisten haittojen kasautumisesta ja niiden välisestä vuorovaikutuksesta, minkä seurauksena yksilö jää osattomaksi yhteisestä hyvästä.

Kokonaisuutena syrjäytymisriskit näyttävät viime aikoina lisääntyneen erityisesti lasten ja nuorten sekä päihteiden käyttäjien keskuudessa. Pitkäaikaistyöttömyyttä ja asunnottomuutta on onnistuttu vähentämään 1990-luvun tasosta. Pitkäkestoinen köyhyys on yhä syrjäytymistä lisäävä ongelma. Syrjäytyneiden moniongelmaisuuden hallitsemiseksi hallinnonaloja on kannustettu tekemään tiivistä yhteistyötä.

Moniongelmaisuus vaikuttaa myös asetettujen yksilöllisten kannustimien tehokkuuteen. Taloudellisten kannustimien toivotut käyttäytymisvaikutukset perustuvat oletukseen järjestyneestä taloudellisesta harkinnasta. Kannustimien käyttö edellyttää kohderyhmien tilanteen ja yksilöllisten motiivien tarkkaa tuntemista ja ymmärtämistä. Syrjäytymisuhan alaisilla sekä kyky että motiiveista johtuva halu toimia kannustimien edellyttämällä tavalla voi olla hyvinkin erilainen kuin valtaväestöllä keskimäärin. Syrjäytyneiden motivointi oman tilanteensa kohentamiseen on aktivointitoimenpiteiden onnistumisen edellytys. Käytettävissä olevien voimavarojen niukkuus asettaa rajat yksilökohtaisen tuen tarjoamiselle. Pitkällä aikavälillä syrjäytymisen ehkäisyllä saavutettava yhteiskunnallisten kustannusten säästö on kuitenkin huomionarvoinen hyöty inhimillisen hädän lievittämistavoitteen ohella.

Terveydenhuoltomenot kansainvälisesti alhaisella tasolla

Terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus kääntyi nousuun vuonna 2001 usean vuoden laskusuunnan jälkeen. Syynä tähän oli menojen lisäyksen ohella bruttokansantuotteen kasvuvauhdin selvä hidastuminen. Viime vuosien kasvusta huolimatta terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen on edelleen pienempi kuin 1990-luvun alussa. Terveydenhuoltomenot ovat kuitenkin kasvaneet reaalisesti vuodesta 1995 alkaen. Lisäksi terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet muita julkisia menoja nopeammin. Erityisesti lääkemenojen kasvu on ollut nopeaa, viime vuosikymmenen alusta lääkemenot ovat kasvaneet reaalisesti lähes 5 prosenttia vuodessa.

Terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen on selvästi EU-maiden keskiarvoa pienempi. Myös asukasta kohti lasketut terveydenhuoltomenot ovat EU-maiden pienimpiä. Menojen pienuutta voidaan tulkita kahdella tavalla. Positiivisen näkemyksen mukaan Suomessa on keskimääräistä tehokkaampi järjestelmä, koska kattavat ja laadukkaat palvelut saadaan tuotettua pienellä panoksella. Tätä tulkintaa voidaan perustella sillä, että tutkimusten mukaan suomalaiset ovat EU-kansalaisista kaikista tyytyväisimpiä terveyspalveluihin.

Kriittisemmän näkemyksen mukaan on perusteltua arvioida sitä, onko Suomessa viime vuosina käytetty riittävästi rahaa terveydenhuoltoon. Tätä näkemystä tukevat kyselytulokset, joiden mukaan kunnan palveluista eniten lisäpanostuksia haluttaisiin terveydenhuoltoon.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen arvioidaan kasvavan 2020- ja 2030-luvuilla, kun hyvin iäkkäiden ihmisten määrä lisääntyy voimakkaasti. Eri tutkimusten mukaan näyttää selvältä, että vanhusväestön palvelujen tarve kasvaa kuitenkin hitaammin ja vähemmän suoraviivaisesti kuin vanhusten lukumäärä. Väestön terveydentilan kohentuminen jatkuu myös tulevaisuudessa, ja vanhukset pystyvät selviytymään itsenäisesti entistä pidempään.

Menokehitykseen voidaan vaikuttaa merkittävästi uusien teknologioiden nopealla hyödyntämisellä sekä palvelu- ja tuotantorakenteen uudistuksilla. Terveyspalveluissa tarjonta luo myös kysyntää. Tuleviin kustannuksiin vaikutetaan olennaisesti tarjontapuolen ratkaisuilla. Kansainvälisten vertailujen perusteella terveyspalvelujen kysyntä on tähän mennessä lisääntynyt koulutustason nousun ja yleisen elintason parantumisen myötä. Yleisen elintason ja terveydenhuoltomenojen välillä esiintyy kuitenkin merkittävää vaihtelua, mikä selittyy suurelta osin palvelujen järjestämistavoilla.

Vuoteen 2010 mennessä sosiaali- ja terveyspalveluista jää noin neljännes nykyhenkilöstöstä eli 55 000 ihmistä eläkkeelle. Väestön ikääntyessä ja jäädessä eläkkeelle uusia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia on houkuteltava alalle nuorista aikaisempaa pienemmistä ikäluokista. Samaan aikaan kasvavat asiakasmäärät lisäävät pienentyneen työvoiman työ määrää. Osaavan työvoiman saanti voikin olla ongelmallista tulevaisuudessa ja pula työntekijöistä voi johtaa palkkatason nopeaan nousuun. Osaavan ja motivoituneen henkilöstön saamisen turvaaminen saavutetaan koulutuksen kehittämisen li-

säksi parantamalla työoloja, mitoittamalla henkilöstö tarvetta vastaavaksi ja tukemalla henkilöstöryhmien joustavaa työnjakoa.

Uusia tuotanto- ja rahoitusmalleja palvelujen tuottamiseen

Kuntasektorin asema sosiaali- ja terveystalouden tuottajana on muuttumassa, palveluja joudutaan tuottamaan rinnan yksityisten palveluntuottajien kanssa. Yksityiset palveluntuottajat eli järjestöt ja yritykset tuottavat nykyään viidesosan sosiaali- ja terveystaloudesta. Sosiaalipalveluissa järjestöillä on suurempi osuus, kun taas suurin osa yksityisistä terveystaloudesta on yritysten tuottamia.

Julkisen vallan vastuu palvelutuotannon järjestämisestä säilyy myös tulevaisuudessa. Tästä huolimatta voidaan palvelujen tuotanto järjestää yksityisten yritysten tai voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen kautta. **Erottamalla palvelujen tuottaminen ja tilaaminen voidaan joissain tilanteissa lisätä palvelujen tehokkuutta.** Valmisteilla oleva EUn palveludirektiivi johtaa nykymuodossaan sosiaali- ja terveystalouksien avautumiseen entistä laajemmin ulkomaiselle kilpailulle.

Suomalainen terveydenhuollon rahoitusratkaisu on yhdistelmä kuntien ja valtion rahoitusta, asiakasmaksuja sekä sairausvakuutuksen tukemaa yksityistä terveystaloudesta. Lainsäädännössä ei määritellä palvelujen järjestämistapaa, laajuutta tai sisältöä, vaan näiden arvioiminen ja toteutus on jätetty kuntien tehtäväksi. Julkiseen rahoitukseen perustuvissa terveydenhuoltojärjestelmissä on terveydenhuoltomenojen kehitys pystytty pitämään paremmin hallinnassa kuin vakuutusperusteisissa järjestelmissä. Suomessa menokehitystä ovat lisäksi hillinneet maltilliset keskitetyt tulosopimukset, jotka ovat pidätelleet alan työvoimakustannusten nousua.

Köyhyysaste edelleen alhainen mutta kasvussa

Pienituloisen väestön osuutta mittaava suhteellinen köyhyysaste on Suomessa useimpiin muihin EU-maihin verrattuna edelleen alhainen. Köyhyysaste on kuitenkin kasvanut 1990-luvun puolivälistä alkaen. Myös pienituloisen väestön reaalitulot ovat kasvaneet, mutta selvästi yleistä tulokehitystä hitaammin. Pienituloisuus on yleisintä yksinasuvilla ja yksinhuoltajilla. Viime vuosina on lisääntynyt myös nuorten lapsiperheiden pienituloisuus. Nuorten lapsiperheiden pienituloisuus on silti selvästi harvinaisempaa kuin yksin asuvien ja yksinhuoltajien.

Taloudelliset kannusteet työn vastaanottoon ovat parantuneet etuuskorvaustasojen alentuessa. Kansainvälisten vertailujen perusteella taloudelliset kannustimet työllistymisen näyttäisivät Suomessa olevan jopa hieman paremmat kuin useimmissa muissa Pohjois- ja Keski-Euroopan maissa. Eräissä maissa lasten päivähoidon kalleus tai heikko saatavuus muodostavat esteen molempien vanhempien työssäkäynnille. Suomessa kottuuhintainen ja kaikkien saatavilla oleva päivähoito takaa osaltaan riittävät taloudelliset kannustimet vanhempien työssäkäynnille. Aivan pienimpien lasten vanhempien osalta näitä kannustimia heikentää kotihoidon tuki. Kotihoidon tuen jälkeiseltä ajalta taloudelliset kannustimet molempien vanhempien työssäkäyntiin näyttävät kansainvälisesti verrattuna kuitenkin erittäin hyviltä.

Lapsiperheiden tuki kääntynyt nousuun

Viime vuosina syntyvyys on pysynyt melko tasaisena. Kokonaishedelmällisyysluku on meillä eurooppalaisittain tarkasteltuna varsin korkea. Ikäryhmittäisissä hedelmällisyyslukuissa on tapahtunut huomattavia muutoksia. Alle 30-vuotiaiden hedelmällisyys on laskenut ja yli 30-vuotiaiden puolestaan kohonnut.

Lapsiperheiden määrä on jatkuvasti vähentynyt. Samanaikaisesti perherakenteissa on tapahtunut muutoksia. Avopariperheiden ja yksinhuoltajaperheiden määrä kasvaa. Perheellistymisessä on havaittavissa kahdensuuntaista kehitystä. Lapsiperheiden lapsimäärä on lievässä kasvussa, mutta toisaalta yhä useammat naiset jäävät lapsettomiksi. Keski-ikäisistä naisista noin 15 prosenttia on lapsettomia. Tulevaisuudessa määrän arvioidaan nousevan 20 prosenttiin. Lapsettomuus on yleisintä korkeasti koulutetuilla naisilla.

Monia lapsiperheille suunnattuja etuuksia on korotettu hallitusohjelman mukaisesti. Perhepoliittisten etuuksien taso on lähes samaa suuruusluokkaa kuin 1990-luvun alussa ennen etuuksiin tehtyjä leikkauksia. Lapsiperheille suunnattuja tulonsiirtoja ei ole sidottu indeksiin. Tämä on näkynyt erityisesti lapsilisän ja kotihoidon tuen ostovoiman heikkenemisenä. Lapsilisän taso korotuksesta huolimatta on edelleen noin 15 prosenttia alhaisempi kuin vuonna 1994, jolloin perhetukiuudistus toteutettiin. Korotuksen jälkeen kotihoidon tuki on reaaliarvoltaan lähes samansuuruinen kuin vuoden 1997 uudistuksen jälkeen, mutta selvästi alhaisempi kuin 1990-luvun alkupuolella.

Vuoden 2005 alussa vanhempainpäivärahan vähimmäistaso nousi noin 93 eurolla kuukaudessa. Vähimmäisvanhempainrahaa saavien äitien osuus ei ole palautunut ennen lammalle alhaiselle tasolle. Vuonna 2004 vähimmäismääräistä vanhempainrahaa sai 19,9 prosenttia äideistä. Merkittävä äitejä koskeva uudistus on, että peräkkäisten synnytysten kohdalla vanhempainpäiväraha voidaan määritellä edellisen vanhempainpäivärahan perustana olleiden työtulojen mukaan.

Äitiys- ja lastenneuvola työssä painottuu yhä enemmän vanhemmuuden tukeminen sekä lapsen ja koko perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Viime vuosina äitiys- ja lastenneuvolakäyntien määrässä ei ole tapahtunut muutoksia. Sen sijaan kouluterveydenhuollon käynnit ovat vähentyneet. Kouluterveydenhuollon järjestämisessä ja toimintatavoissa on ollut suuria kuntakohtaisia eroja.

Sukupuolten tasa-arvo edistyy

Hallituksen tasa-arvotavoitteita toteutetaan hallituksen tasa-arvo-ohjelmalla, johon sisältyy sekä kaikille ministeriöille yhteisiä toimenpiteitä että ministeriöiden omia hallinnonalakohtaisia toimenpiteitä.

Työelämään osallistumisessa ei naisten ja miesten välillä ole juurikaan eroja, perheellistymiseen liittyviä ikävuosia lukuun ottamatta. Sen sijaan työmarkkinoilla naiset ja miehet sijoittuvat eri sektoreille ja eri aloille. Naiset työskentelevät miehiä useammin julkisella sektorilla ja hoivatehtävissä, miehet naisia useammin yksityisellä sektorilla sekä teollisissa ammateissa. Naisten ja miesten keskimääräinen palkkaero on pysynyt ennal-

Tiivistelmä

laan, mutta ero määräaikaissa palvelussuhteissa on kasvanut. Isien vanhempainvapaiden käyttö on lisääntynyt.

Naisten osallistuminen päätöksentekoon on lisääntynyt. Tästä huolimatta naiset ovat taloudellisessa päätöksenteossa edelleen heikosti edustettuina. Naisiin kohdistuvassa väkivallassa on havaittavissa ristiriitainen kehityssuunta: perheväkivalta näyttäisi olevan vähenemässä, mutta naisiin kohdistuva työpaikkaväkivalta on kasvanut voimakkaasti.

Asiasanat: Sosiaaliturva, elatussuhde, kansanterveys, työkyky, syrjäytyminen, terveydenhuolto, sosiaalipalvelut, toimeentuloturva, lapset, tasa-arvo

Sammandrag

Trender inom den sociala tryggheten 2005-2006. Helsingfors 2005. 204 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2006:1)
ISBN 952-00-1935-9 (inh.) ISBN 952-00-1936-7 (PDF)

Ökad sysselsättningsgrad en förutsättning för att den sociala tryggheten skall utvecklas

Att de stora åldersklasserna närmar sig pensionsåldern innebär en anpassning till minskad befolkning i arbetsför ålder. Antalet personer i arbetsför ålder börjar gå ner från och med år 2010. Folkmängden i åldern 20-59 år kommer att börja sjunka redan tidigare. Samtidigt ökar storleken på de åldersklasser som av tradition har haft låg sysselsättningsgrad.

Att befolkningen åldras börjar med full kraft inverka på hur försörjningsförhållandet utvecklas på 2010- och 2020-talen. Försörjningsförhållandet beskriver antalet personer vars utkomst är beroende av den avkastning som en sysselsatt person åstadkommer. Regeringen har som mål att öka sysselsättningen med 100 000 personer fram till år 2007 och att höja sysselsättningsgraden till 75 procent före år 2011. Om regeringens sysselsättningsmål nås, stärks försörjningsförhållandet ända fram till år 2011. Därefter börjar det långsamt försvagas. Trots att befolkningen åldras skulle försörjningsförhållandet år 2030 ändå hålla samma nivå som år 2000.

Möjligheterna att utveckla den sociala tryggheten är i betydande grad beroende av att ekonomin växer. Den åldrande befolkningen är en utmaning när det gäller att upprätthålla den ekonomiska tillväxten. Om man inte förmår höja sysselsättningsgraden för olika åldersgrupper, kommer den ändrade åldersstrukturen hos den del av befolkningen som är i arbetsför ålder att minska den ekonomiska tillväxten redan i en nära framtid. Om regeringens sysselsättningsmål nås förändras situationen väsentligt. Den ekonomiska tillväxten skulle inte längre bromsas upp på samma sätt av förändringen av åldersstrukturen. Förutom att samhällets förmögenhet utvecklas har detta en kännbar effekt på samhällets förmåga att producera välfärdstjänster för medborgarna. De sociala utgifterna finansieras närmast med skatter och socialförsäkringspremier. Om sysselsättningsutvecklingen är god garanterar den att skatteinkomsterna utvecklas gynnsamt. Samtidigt minskar en god sysselsättningsutveckling arbetslöshets- och pensionsutgifterna, vilket frigör resurser för utveckling av social- och hälsovårdstjänster och skapar förutsättningar för en god produktivitetsutveckling.

Att uppnå sysselsättningsmålet är inte lätt. För att detta skall lyckas krävs åtgärder som rör alla åldersgrupper. Den ekonomiska politiken och välfärdspolitiken måste ha ett så brett sortiment av metoder som möjligt.

De sociala utgifterna stiger en aning

De sociala utgifterna i relation till bruttonationalprodukten började efter en långvarig nedgång stiga en aning i början av 2000-talet. Detta berodde inte bara på att de sociala utgifterna växte utan också på att ökningen av bruttonationalprodukten blev långsammare. Under de senaste åren har de sociala utgifterna stigit därför att de utgifter som hör samman med ålderdom, sjukdom och hälsa har ökat. De här utgifterna utgör tillsammans över hälften av de sociala utgifterna. De sociala utgifterna i relation till bruttonationalprodukten ligger i Finland på en medelnivå för EU (EU15). Mellan länderna inom EU finns det skillnader inte bara i hur höga de sociala utgifterna är utan också i utgiftsstrukturen. I Finland är serviceutgifternas andel av de totala utgifterna lägre än i Sverige och Danmark, men högre än i EU i genomsnitt.

Social- och hälsovårdstjänsterna utgör tyngdpunkten i budgetpropositionen för år 2006

Social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde har en andel på omkring 11 miljarder euro i statens budgetproposition. Beloppet är 12 procent större än i budgeten för år 2005. I social- och hälsovårdsministeriets budgetproposition understryks tillgången på fungerande social- och hälsovårdstjänster, förtydligande av finansieringssystemen samt tryggnad av tillräcklig utkomst för alla.

Som statsandelar för kommunernas driftskostnader för hälso- och sjukvården föreslås 4 021 miljoner euro som innehåller ett tillägg på 9,5 procent jämfört med nivån för år 2005. Som en del av reformen av kommunernas statsandelssystem justeras vissa av bestämningsgrunderna för statsandelarna för hälso- och sjukvården. Kostnaderna som förorsakas av tjänster för svårt handikappade personer kompenseras genom den nya handikappkoefficienten samt kostnaderna till följd av barnskydd genom en ny barnskyddskoefficient som ersätter det särskilda utjämnningssystemet för stora kostnader inom barnskyddet.

Den normerade delen i utkomststödet lösgörs i början av år 2006 från statsandelssystemet som en del av reformen med arbetsmarknadsstödet vilket tar sikte på sysselsättning av långtidsarbetslösa.

Finansieringen av sjukförsäkringen reformeras från och med början av år 2006. Syftet med reformen är att trygga en tillräcklig finansiering för utbetalning av förmåner som baserar sig på sjukdom. För detta fastställs försäkringsprincipen i sjukförsäkringen genom att stärka kopplingen mellan avgifter och förmåner. Finansiering som sker genom sjukförsäkringsfonden delas upp i två olika delar, finansiering av sjukvårdsförsäkring och finansiering av arbetsinkomstförsäkring. Staten finansierar sjukvårdsersättningar som omfattas av sjukvårdsförsäkringen och utbetalas till EU-länder. I övrigt finansieras sjukvårdsförsäkringen med lika stor andel för de försäkrade och staten. Arbetsinkomstförsäkringen finansieras med andelar från arbetsgivare, löntagare, företagare och statsandelar.

Att befolkningen blir fetare och använder allt mera alkohol är de största hoten mot folkhälsan

Befolkningens hälsotillstånd är bättre än någonsin tidigare. Befolkningens livslängd har stigit och antalet år med bibehållen funktionsförmåga har ökat. De största hoten mot en positiv utveckling är att befolkningen blir fetare och att alkoholkonsumtionen klart ökar. Båda skapar betydande, mångahanda och dyra problem för både individer, familjer, folkhälsan och hela samhället.

De hälsomässiga skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper är fortfarande stora och skillnaderna tycks öka. Tobak och alkohol förklarar hälften av dessa skillnader. De dyraste sjukdomsgrupperna i Finland är hjärt- och blodkärslsjukdomar, mentala störningar, sjukdomar i andningsorgan samt sjukdomar i stöd- och rörelseorgan. Totalt utgör dessa hälften av kostnaderna inom hälso- och sjukvården. Flertalet av våra nuvarande folksjukdomar kan förebyggas. Hälso- och sjukvårdens inverkan på befolkningens hälsa är endast 10–15 procent. Störst betydelse har individens levnadsvanor och livsmiljön.

Att folkhälsan skall i fortsättningen utvecklas i positiv riktning kräver kontinuerliga ansträngningar. Det är av största vikt att få människorna att inse hur de egna valen och levnadsvanorna inverkar på det egna hälsotillståndet. Grunden till en frisk vuxenålder och en ålderdom med bibehållen funktionsförmåga lägger man redan under barndoms- och ungdomsåren. Att satsa på förebyggande verksamhet och hälsoupplysning är billiga metoder som kan ge betydande besparingar inom såväl hälso- och sjukvården som i hela samhället under kommande år. Förebyggande av sjukdomar är alltid billigare än att rätta till felen i efterhand.

Man kan även påverka hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper genom en allmän samhällspolitik. Samhällsbesluten har hälsoeffekter men dessa beaktas inte ännu tillräckligt. Särskilt måste man beakta effekten av besluten på grupper som hälsomässigt sett är ojämlika, såsom barn, handikappade, personer som lider av mentala störningar och långtidsarbetslösa. Det är av central betydelse att garantera lika möjligheter för alla när det gäller tillträde till vård.

I fråga om folkhälsans utveckling är den angelägnaste uppgiften att förmå alkoholkonsumtionen att vända neråt samt förhindra att befolkningen blir fetare.

Tjänster för äldre dimensioneras i enlighet med återstående funktionsförmåga hos klienten

Målet med äldrepolitiken är att upprätthålla äldres funktionsförmåga så länge som möjligt. Bedömning av funktionsförmågan är en central del av servicebehovet. Tjänsterna dimensioneras enligt återstående funktionsförmåga hos den äldre klienten. Tjänsterna omfattar allt från öppna tjänster som ersätter mindre nedsättning av funktionsförmågan till långtidsvård på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar för åldringarna med svagast funktionsförmåga. Därigenom tryggas äldre personers rätt till ett liv på egna villkor som varar så länge som möjligt samtidigt som man garanterar nödvändiga tjänster och allokerar resurser på ett ändamålsenligt sätt.

För att nå de äldrepolitiska målen måste befolkningsandelen av stödet för anhörigvård, serviceboende och hemmavård stiga mer än väntat och på motsvarande sätt måste befolkningsandelen för tyngre tjänster såsom långtidsvården på hälsovårdscentraler och åldringshem sjunka mer än vad som förväntats.

Arbetsförhållandena har utvecklats positivt

Den positiva utvecklingen av arbetsförhållandena är en grundförutsättning vid anpassning till de utmaningar som den äldre befolkningen ger upphov till. Kvalitativa faktorer i arbetslivet förbättrar produktiviteten. Arbetsförhållandena har i många avseenden utvecklats positivt. Att öka sysselsättningsgraden för äldre personer har varit ett kärnmål och här har det skett en klar förbättring. De stora åldersklasserna har stannat kvar längre i arbetslivet än tidigare åldersklasser. Likaså har de lyckats behålla sina arbetsplatser oftare än tidigare. Om man förlorar sitt arbete är det dock svårare att finna ny sysselsättning jämfört med yngre åldersklasser.

Välbefinnande i arbetet och kvalitativa faktorer i fråga om arbetet är centrala faktorer som binder eller lösgör en från arbetet. Kvaliteten i arbetslivet är ett mångfacetterat fenomen som är i växelverkan även med arbetslivets "externa omvärld". Huruvida man stannar kvar i eller lämnar arbetslivet förklaras inte av någon enskild faktor.

Enligt undersökningar är den stora majoriteten av löntagarna antingen ytterst eller relativt nöjda med sitt arbete. Detta trots att den upplevda stressen och arbetets psykiska belastning utgör relativt vanliga belastningsfaktorer. Likaså är löntagarnas arbetsförmåga god: ca 40 procent har en utmärkt, över hälften god och under 10 procent en hygglig eller svag arbetsförmåga.

Den positiva utvecklingen skuggas dock av en ihärdig strukturell arbetslöshet. Problemet understryks när åldersklasserna i arbetsför ålder minskar. Orimligt mycket nödvändiga resurser förblir outnyttjade. Ökning av sysselsättningsgrad, ökad produktivitet och kvalitativa faktorer i arbetslivet tycks i hög grad vara kopplade till detta fenomen. Arbetslösheten har minskat men arbetslöshetens hårda kärna finns där fortfarande. Samtidigt verkar företagens problem i samband med rekrytering ha blivit värre.

Resurser och engagemang krävs för att bryta en ond cirkel av utslagning

Både samhällsutvecklingen och individuella faktorer inverkar på hur allmänt utslagning förekommer. Det handlar om hur olika nackdelar hopar sig och om växelverkan mellan dem, vilket får som följd att individen inte får del av det gemensamma goda.

I ett helhetsperspektiv förefaller riskerna för utslagning under den senaste tiden ha ökat särskilt bland barn och unga samt missbrukare av alkohol och narkotika. Man har lyckats med att minska långtidarbetslösheten och bostadslösheten från 1990-års nivå. Långvarig fattigdom är fortfarande ett problem som ökar utslagningen. För att kunna hantera utslagna med många olika slags problem har man uppmuntrat förvaltningsområdena att bedriva nära samarbete.

Multiproblematiken påverkar även effektiviteten av ställda individuella incitament. Önskade beteendeeffekter av ekonomiska incitament grundar sig på ett antagande om ett rationellt ekonomiskt övervägande. Användningen av incitament förutsätter ingående kännedom om och förståelse för målgruppernas situation och individuella motiv. Bland dem som riskerar att slås ut kan både förmågan och den motivbetingade viljan för att verka på det sätt som incitamenten förutsätter vara mycket annorlunda än för majoritetsbefolkningen i genomsnitt. En förutsättning för att aktiveringsåtgärderna skall lyckas är att kunna motivera de utslagna att förbättra sin egen situation. De knappa resurserna sätter gränser när det gäller att erbjuda individuellt stöd. På lång sikt är dock kostnadsinbesparingar som kan uppnås genom förebyggande av utslagning en beaktansvärd aspekt vid sidan av målet om att lindra mänsklig nöd.

Utgifterna för hälso- och sjukvård låga i ett internationellt perspektiv

Den andel som utgifterna för hälso- och sjukvård utgör av bruttonationalprodukten började stiga år 2001 efter en sjunkande trend som pågått i flera år. Orsaken till det var inte endast att utgifterna ökade utan också att ökningstakten för bruttonationalprodukten blev klart långsammare. Trots ökningen de senaste åren är hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till bruttonationalprodukten fortfarande mindre än i början av 1990-talet. Utgifterna för hälso- och sjukvården har i alla fall stigit reellt från och med år 1995. Dessutom har utgifterna för hälso- och sjukvård ökat snabbare än övriga offentliga utgifter. I synnerhet har läkemedelsutgifterna stigit snabbt, för från början av senaste decennium har läkemedelsutgifterna reellt ökat med närmare fem procent om året.

Hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till bruttonationalprodukten är klart lägre än genomsnittet för EU-länderna. Även uträknade per invånare tillhör hälso- och sjukvårdsutgifterna i Finland de lägsta inom EU. Att utgifterna är små kan tolkas på två sätt. Enligt det positiva synsättet har Finland ett system som är effektivare än genomsnittet, eftersom omfattande och högklassiga tjänster produceras med en liten insats. Denna tolkning kan motiveras med att undersökningar har visat att finländarna i jämförelse med alla EU-medborgare är mest tillfreds med hälsovårdstjänsterna.

Enligt det mera kritiska synsättet är det befogat att fråga sig om Finland under de senaste åren har använt tillräckligt med pengar för hälso- och sjukvården. Denna åsikt stöds av att vårdköerna till specialiserad sjukvård är långa i Finland i jämförelse med situationen i övriga länder i Europa.

Behovet av social- och hälsovårdstjänster ökar

Behovet av social- och hälsovårdstjänster väntas öka under 2020- och 2030-talen, när antalet gamla människor kraftigt ökar. Enligt olika undersökningar verkar det vara klart att den ålderstigna befolkningens behov av tjänster ändå växer långsammare och mindre rätlinjigt än antalet åldringar. Förbättringen av befolkningens hälsotillstånd kommer att fortsätta också i framtiden, och åldringarna kan klara sig självständigt längre än tidigare.

Utgiftsutvecklingen kan påverkas betydligt genom att man snabbt tillgodogör sig ny teknologi samt genom att tjänste- och produktionsstrukturen reformeras. I fråga om hälsovårdstjänster skapar utbud också efterfrågan. Kommande kostnader påverkas väsent-

ligt av lösningar på utbudssidan. På basis av internationella jämförelser har efterfrågan på hälsovårdstjänster hittills ökat med högre utbildningsnivå och med förbättrad allmän levnadsstandard. Mellan den allmänna levnadsstandarden och hälso- och sjukvårdsutgifterna förekommer i alla fall betydande variationer, vilket till stor del förklaras av hur tjänsterna är ordnade.

Före år 2010 kommer omkring en fjärdedel av den nuvarande personalen, det vill säga 55 000 personer, att gå i pension från tjänster inom social- och hälsovården. När befolkningen åldras och går i pension måste nytt yrkesfolk för social-, hälso- och sjukvården lockas till branschen från de unga åldersklasserna, som är mindre än tidigare. Samtidigt ökar det allt större antalet klienter mängden arbete för den krympta arbetskraften. I framtiden kan det bli problematiskt att få kunnig arbetskraft, och bristen på arbetstagare kan leda till att lönenivån stiger i snabb takt. Att man får kunnig och motiverad personal tryggas inte endast genom att utbildningen utvecklas utan också genom att arbetsförhållandena förbättras, genom att personalen dimensioneras så att den motsvarar behovet och genom att flexibel arbetsfördelning mellan personalgrupperna ges stöd.

Nya produktions- och finansieringsmodeller för tjänsterna

Kommunsektorns ställning som producent av social- och hälsovårdstjänster håller på att ändras, tjänster måste produceras parallellt med privata serviceproducenter. Privata serviceproducenter, det vill säga organisationer och företag, producerar i dag en femtedel av social- och hälsovårdstjänsterna. Inom de sociala tjänsterna har organisationerna en större andel, medan största delen av de privata hälsovårdstjänsterna produceras av företag.

Det allmännas ansvar för att ordna produktionen av tjänster kommer att bestå också i framtiden. Trots detta kan produktionen av tjänster ordnas via privata företag eller via samfund som inte eftersträvar vinst. Genom att skilja åt produktion och beställning av tjänster kan man i vissa situationer öka effektiviteten i tjänsterna. EU:s tjänstedirektiv, som är under beredning, leder i dess nuvarande form till att social- och hälsovårdstjänsterna i högre grad än tidigare öppnas för utländsk konkurrens.

Finansieringslösningen för den finska hälso- och sjukvården är en kombination av kommunal och statlig finansiering, av klientavgifter samt av den privata hälsovårdssektor som får stöd genom sjukförsäkringen. I lagstiftningen definieras inte på vilket sätt tjänsterna skall produceras, inte heller omfattningen eller innehållet, utan kommunerna har fått i uppgift att bedöma och ordna dem. I hälso- och sjukvårdssystem som grundar sig på offentlig finansiering har utvecklingen av hälso- och sjukvårdsutgifterna bättre kunnat hållas i styr än i system som bygger på försäkringar. Utvecklingen av utgifterna har i Finland dessutom dämpats av återhållsamma centrala inkomstavtal, som har bromsat höjningen av arbetskraftskostnaderna i branschen.

Fattigdomsgraden fortfarande låg, men den stiger

Den relativa fattigdomsgraden, som mäter låginkomsttagarnas andel av befolkningen, är fortfarande låg i Finland i jämförelse med de flesta andra EU-länderna. Fattigdomsgraden har dock ökat från och med mitten av 1990-talet. Realinkomsterna för dem med

låga inkomster har stigit, men detta har varit klart långsammare än den allmänna inkomstutvecklingen. Framför allt ensamboende personer och ensamförsörjare har låga inkomster. Under de senaste åren har antalet unga barnfamiljer med låga inkomster också ökat. I jämförelse med ensamboende personer och ensamföräldrar är det dock betydligt mera sällsynt med unga barnfamiljer som har låga inkomster.

De ekonomiska incitamenten att ta emot arbete har blivit bättre när ersättningsnivåerna för olika förmåner har sjunkit. På basis av internationella jämförelser förefaller de ekonomiska incitamenten för sysselsättning vara till och med något bättre i Finland än i de flesta av länderna i Nord- och Centraleuropa. I vissa länder utgör dyr barndagvård eller dålig tillgång till denna ett hinder för att båda föräldrarna skall kunna förvärvsarbeta. Dagvård till rimlig kostnad och som alla har tillgång till i Finland garanterar för sin del tillräckliga ekonomiska incitament för att föräldrarna skall kunna arbeta. Dessa incitament för föräldrarna med små barn försvagas av stödet för hemvård. De ekonomiska incitamenten för båda föräldrarna att ge sig ut på arbetsmarknaden ser dock i internationell jämförelse mycket gynnsamma ut för tiden efter stödet för hemvård.

Stödet för barnfamiljerna har vänt uppåt

Under senare år har födelsetalet varit relativt stabilt. Det totala fruktsamhetstalet är tämligen högt hos oss sett ut ett europeiskt perspektiv. Det har skett betydande förändringar i fruktsamhetstalen efter åldersgrupp. Fruktsamheten hos personer som är under 30 år har sjunkit men däremot stigit hos dem över 30 år.

Antalet barnfamiljer har kontinuerligt minskat. Samtidigt har det skett förändringar i familjestrukturerna. Antalet sambopar och ensamförsörjarfamiljer växer. Beträffande familjebildning kan en utveckling i två riktningar skönjas. Antalet barn i barnfamiljer stiger något men däremot förblir allt fler kvinnor barnlösa. Av kvinnorna i medelåldern är ca 15 procent barnlösa. I framtiden väntas siffran stiga till 20 procent. Barnlösheten är vanligast bland högt utbildade kvinnor.

Flera förmåner som är riktade till barnfamiljer har höjts i enlighet med regeringsprogrammet. Nivån på de familjepolitiska förmånerna är nästan i paritet med den i början av 1990-talet innan man skar ned förmånerna. De inkomstöverföringar som är riktade till barnfamiljerna är inte bundna till index. Detta har märkts i synnerhet i form av försvagad köpkraft för barnbidraget och för stödet för hemvård av barn. Barnbidragets nivå ligger trots höjningen fortfarande på en nivå som är ca 15 procent lägre än år 1994 då reformen med familjestödet genomfördes. Efter höjningen är stödet för hemvård av barn i reala termer nästan lika högt som efter reformen år 1997 men klart lägre än i början av 1990-talet.

I början av år 2005 steg föräldradagpenningens miniminivå med ca 93 euro i månaden. Andelen mödrar som får föräldrapenningens minimibelopp har inte återgått till den låga nivå som rådde före lågkonjunkturen. År 2004 fick 19,9 procent av mödrarna föräldrapenningens minimibelopp. En betydande reform för mödrarna är att man vid födselar som följer på varandra kan bestämma föräldradagpenningen på basis av de arbetsinkomster som den föregående föräldradagpenningen grundade sig på.

Att stöda föräldraskap och främja hela familjens psykosociala välbefinnande framträder allt mer i arbetet på rådgivningsbyråer för mödra- och barnavård. Under de senaste åren har det inte skett stora förändringar när det gäller antalet besök på rådgivningsbyråer för mödra- och barnavård. Däremot har antalet besök inom skolhälsovården minskat. Det har funnits stora skillnader mellan kommuner när det gäller att ordna skolhälsovården samt vid praxis.

Jämställdheten mellan könen blir bättre

Regeringens jämställdhetsmål försöker man uppnå genom regeringens jämställdhetsprogram, som innehåller såväl åtgärder som är gemensamma för alla ministerier som separata ministeriers åtgärder för enskilda förvaltningsområden.

Det förekommer knappt några skillnader i hur kvinnorna och männen deltar i arbetslivet, med undantag för de åldersklasser för vilka familjebildningen är aktuell. Däremot placerar sig kvinnorna och männen i olika sektorer och olika branscher på arbetsmarknaden. Kvinnorna arbetar oftare än männen inom den offentliga sektorn och i omsorgsuppgifter, medan männen oftare än kvinnorna finns inom den privata sektorn och i industriella yrken. Den genomsnittliga löneskillnaden mellan kvinnor och män har varit oförändrad, men inom tjänsteförhållanden för viss tid har skillnaden ökat. Fäderna har i större omfattning börjat utnyttja föräldraledigheterna.

Det har blivit vanligare att kvinnor deltar i beslutsfattandet. Trots det är kvinnorna fortfarande svagt representerade när ekonomiska beslut fattas. I fråga om våld mot kvinnor kan en motsägelsefull utvecklingstrend iakttas: familjevåldet förefaller minska, medan våld mot kvinnor på arbetsplatserna har ökat kraftigt.

Nyckelord: Social trygghet, utkomst, folkhälsa, arbetsförmåga, utslagning, hälso- och sjukvård, sociala tjänster, utkomstskydd, barn, jämställdhet

Esipuhe

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Sosiaaliturvan suunta -julkaisua vuodesta 1996 lähtien. Tavoitteena on ollut hahmottaa vuosittain sosiaaliturvan onnistumista ja taustoittaa tehtyjä toimenpiteitä. Käsillä olevan julkaisun rakenne perustuu sosiaali- ja terveysministeriön strategiaan linjauksiin sekä hallituksen strategia-asiakirjaan kirjatuihin sosiaali- ja terveyspoliittisiin tavoitteisiin. Tällä ryhmittelyllä pyritään siihen, että sekä politiikan tavoitteenasettelu että sen toteutumisen seuranta olisi johdonmukaista.

Suunta -julkaisu on vuosittain kattanut koko sosiaaliturvan kentän, minkä lisäksi kussakin julkaisussa on ollut jokin erityisteema. Tämän vuoden julkaisun kantavana teemana ovat kannustavuus ja tuottavuus.

Kannustavuus on laajempi käsite kuin yleensä kuvitellaan. Useimmiten kannustavuus mielletään vain taloudellisena kysymyksenä eli esimerkiksi etuuksien, verotuksen ja ansiotulojen välisenä suhteena. Tarkastelun keskiössä on tällöin tasapaino työnteon kannustamisen ja työelämästä syrjäytyneiden riittävän toimeentulon välillä. Sosiaalipoliitikassa kannustavuus ulottuu kuitenkin laajemmalle. Ihmisiä voidaan kannustaa esimerkiksi terveyden ylläpitämiseen, lasten hankkimiseen ja hoitoon sekä käyttämään avopalveluja laitospalvelujen sijaan sekä omaehtoisuuteen. Kannustavuus voi joskus keskustelussa saada myös sellaisia moralisoivia piirteitä, jotka ovat vieraita terveydenhuollon etiikalle ja sosiaalipoliittiselle ajattelulle. Kannusteet voivat kohdentua myös sosiaaliturvan toimijoihin kuten kuntiin. Kokemusten perusteella on ilmeistä, että pelkillä taloudellisilla kannusteilla ei saavuteta sosiaalipoliittisia tavoitteita. Esimerkiksi eläkkeelle siirtymisen myöhentämiseksi tarvitaan työelämän vetovoiman lisäämistä, joka voi toteutua johtamista kehittämällä, työilmapiiriä parantamalla ja työtehtäviä uudistamalla.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuudesta on puhuttu viime aikoina paljon. Koko julkisen sektorin ja myös terveydenhuollon tuottavuus on näiden selvitysten mukaan pääsääntöisesti laskenut koko 2000-luvun. Tuottavuutta on mitattu terveydenhuollossa suoritteilla resursseja kohti. Ajatuksena on, että annetulla resurssimäärällä pitää saada enemmän aikaan, jolloin tarkasteltavan laitoksen tehokkuus paranisi ja työntekijää kohden laskettu tuottavuus kohoaisi. Käytetty mittari on sinänsä hyödyllinen, mutta se ei kerro todellisesta vaikuttavuudesta eli siitä, kuinka suoritteet ovat vähentäneet potilaiden sairauden, vaurion ja vammaisuuden taakkaa tai parantaneet väestön terveyden tilaa ja toimintakykyä. Tämän takia sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden tarkastelua irrallaan vaikuttavuuden tarkastelusta pitää välttää arvioitaessa järjestelmän toimivuutta, yksittäisen laitoksen tehokkuutta ja henkilöstön toimintaa.

Sosiaali- ja terveysjärjestelmien toimivuutta voidaan edistää uudistamalla palvelurakenteita ja rahoitusjärjestelmiä. Tavoitteena on esimerkiksi parantaa vanhusten toimintakykyä ja mahdollisuutta itsenäiseen elämään tai lyhentää sairaaloiden leikkausjonoja.

E s i p u h e

Yritysten kilpailukyky maailmanmarkkinoilla on monen tekijän summa. Terve ja osaa-va henkilöstö ei synny vain yritysten omin päätöksin, vaan siihen vaikuttaa ratkaisevasti koko harjoitettu yhteiskuntapolitiikka. Korkeaa työllisyyttä, ripeää tuottavuuden kasvua ja tasapainoista väestön kasvua ei saada aikaan vain talous- ja teollisuuspolitiikalla, vaan rinnalle tarvitaan muun muassa toimivaa perhe- ja tasa-arvopolitiikkaa. Hyvä yhteiskuntapolitiikka ja sosiaaliturva edesauttavat talouden kasvua ja ihmisten hyvinvointia.

Osastopäällikkö,
ylijohtaja

Kari Välimäki

Sosiaaliturvan suunta 2005-2006 –asiantuntijat

Kirjoittajat

Erikoistutkija Kari Gröhn, luku 3
Erikoistutkija Ilari Keso, luvut 1.3 ja 5.2
Erikoistutkija Veli Laine, luvut 1.6, 2.4, 5.1 ja 7
Apulaisosastopäällikkö Rolf Myhrman, luvut 1.1, 1.5, 1.6 ja 3
Finanssisihteeri Tiina Palotie-Heino, luvut 2.1, 2.2 ja 2.3
Neuvotteleva virkamies Marja-Liisa Parjanne luku 1.4
Finanssisihteeri Arto Salmela, luku 1.2
Ylitarkastaja Markus Seppelin, luvut 4 ja 5.1.7
Erikoistutkija Riitta Sääntti, luvut 3 ja 6
Erikoistutkija Päivi Yli-Pietilä, luku 7

Sosiaaliturvaa ja taloutta koskevista kehitysarvioista vastasi erikoistutkija *Pekka Sirén*. Lisäksi julkaisun laadintaan osallistuivat sen eri vaiheissa neuvotteleva virkamies *Juho Saari*, finanssisihteeri *Taimi Saloheimo* ja finanssisihteeri *Carolina Sierimo*.

Raportin laatimista johti apulaisosastopäällikkö *Rolf Myhrman*. Toimitustyöstä vastasi erikoistutkija *Veli Laine*. Laskentasihteeri *Päivi Ahtialansaari* laati kuviot. Julkaisun ulkoasun suunnitteli ja toteutti julkaisusihteeri *Heli Ulmanen*.

A s i a n t u n t i j a t

Sisältö

Johdanto	23
I Sosiaaliturva ja muuttuva toimintaympäristö	25
1.1 Ikärakenne, työllisyys ja talouskasvu	26
1.2 Kuntatalous ja vuoden 2006 talousarvio.....	31
1.3 Sosiaalimenot ja niiden rahoitusmahdollisuudet	36
1.4 Kannustava sosiaaliturva	40
1.5 Tuottavuus, työllisyys ja työkyky	48
1.6 Tuottavuuden käsitteet ja määritelmät	50
II Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen	55
2.1 Työikäisten terveys	56
2.2. Alkoholiohjelma 2004-2007	58
2.3. Terveyttä edistävät ja siihen kannustavat toimet	59
2.4 Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen – esimerkki tavoitteen asettelusta.....	62
III Työelämän vetovoiman lisääminen	65
3.1 Eteneminen kohti korkeaa työllisyyttä	66
3.2 Veto-ohjelma	71
3.2.1 Taustaindikaattorit.....	73
3.2.3 Seuraintindikaattorit	74
IV Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito	85
4.1 Moniongelmaisuus ja syrjäytyminen	85
4.1 Syrjäytymisen kehitys.....	86
4.2 Syrjäytyneiden tukeminen ja kannustaminen	87
V Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva	93
5.1 Toimivat palvelut.....	93
5.1.1 Terveydenhuoltomenojen kehitys	93
5.1.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen tarve tulevaisuudessa.....	95
5.1.3 Sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuus	96
5.1.4 Uudet hoitokäytännöt ja teknologinen kehitys.....	99
5.1.5 Terveydenhuollon rahoitus.....	100
5.1.6 Julkisten ja yksityisten palvelujen suhde	107
5.1.7 Kilpailun vaikutus palvelurakenteeseen.....	110
5.2. Kohtuullinen toimeentuloturva	112
5.2.1 Kannustavuus ja toimeentuloturva	115
VI Lapsiperheiden hyvinvointi.....	127
6.1 Perheen perustaminen ja perheellistyminen	127
6.2 Lapsista aiheutuvien kustannusten tasaaminen.....	129
6.3 Vanhemmuuden tukeminen	132
6.4 Lasten kasvu- ja kehitysympäristö.....	136
6.5 Työn ja perheen yhteensovittaminen – OECD:n suositukset	138

Sisältö

VII Sukupuolten tasa-arvon edistäminen	143
7.1 Tasa-arvon valtavirtaistaminen valtionhallinnossa.....	143
7.2 Naisten asema työelämässä ja määräaikaiset työsuhteet	144
7.3 Naisten osuus poliittisessa ja taloudellisessa päätöksenteossa	147
7.4 Tasa-arvopolitiikan arviointi miesnäkökulmasta.....	151
Lähteet	155
Liitekuviot	159
Luku 1 Sosiaaliturva ja muuttuva ympäristö	159
Luku 2 Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen	160
Luku 3 Työelämän vetovoiman lisääminen.....	171
Luku 4 Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito.....	176
Luku 5 Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.....	181
Luku 6 Lapsiperheiden hyvinvointi.....	189
Luku 7 Sukupuolten tasa-arvon edistäminen.....	194
Loppuviitteet	201

Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö julkisti vuonna 2001 ”Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010” –asiakirjan sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen strategisista linjauksista. Strategiset linjaukset ja hallitusohjelman painotukset muodostavat hallinnonalan päätavoitteet seuraavin aihealuein:

- terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
- työelämän vetovoiman lisääminen
- syrjäytymisen ehkäiseminen ja hoito
- toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva
- lapsiperheiden hyvinvointi
- sukupuolten tasa-arvo

Tämän julkaisun kantavana teemana on kannustavuus ja tuottavuus. Sisältöä on painotettu entistä enemmän ajankohtaisiin ja merkittäviin hankkeisiin, ohjelmiin ja uudistuksiin. Julkaisun rakenne pohjautuu STM:n strategiaan päätavoitteisiin. Tavoitteiden toteutumisen ja vaikuttavuuden päivitetty seurantaindikaattorit on koottu liitteeseen.

Kannustavuus

Kannusteet voivat olla taloudellisia tai esimerkiksi moraalisia. Sosiaaliturva voi kannustaa muun muassa työntekoon, omatoimisuuteen tai kansantalouden resurssien tehokkaaseen käyttöön. Kannusteilla voidaan pyrkiä vaikuttamaan käyttäytymiseen myös silloin, jos etiikka ja moraalit ovat yhteiskunnassa heikentyneet.

Usein kannustavuus mielletään vain etuuksien tason tai verotuksen alentamisena työssä käynnin edistämiseksi. 1990-luvun puolivälin jälkeisten ns. kannustinloukk uudistusten osalta tämä näkökohta pitää suurelta osin paikkansa. Viime vuosina työhön kannustamisessa on kuitenkin painotettu muita keinoja kuten työvoimapolitiikan suuntaamista entistä aktivoivampaan suuntaan.

Taloudellisessakin mielessä kannustavuus on laaja käsite, jolla voidaan pyrkiä vaikuttamaan yksilöiden lisäksi kokonaisten organisaatioiden toimintaan. Esimerkiksi kannustimiltaan oikein rakennettu rahoitusjärjestelmä suuntaa käytettävät resurssit tehokkaasti sinne, missä niitä eniten tarvitaan.

Terveystaloudessa kannustavuus voi saada moraalisia piirteitä, kun puhutaan esimerkiksi ihmisten omasta vastuusta terveytensä ylläpitämisestä. Toisaalta palvelurakennetta ja rahoitusjärjestelmiä uudistamalla voidaan kannustaa esimerkiksi vanhusten toimintakyvyn ylläpitämiseen ja itsenäiseen elämään. Molemmissa tapauksissa pyritään vaikuttamaan käyttäytymiseen niin, että yksilöiden terveys, toimintakyky ja hyvinvointi paranevat ja samanaikaisesti voidaan myös saavuttaa merkittäviä taloudellisia hyötyjä, kun palvelujen tarve vähenee.

Kannusteet toimivat sekä yksilön että yhteisön kannalta oikean suuntaisesti silloin, kun ne rohkaisevat yksilöitä ja organisaatioita koko yhteiskunnan kannalta hyviin valintoihin ja estävät huonoja.

Tuottavuus

Tuotannollisella tasolla tuottavuudella tarkoitetaan suoritteiden ja resurssien suhdetta. Laajemmalle poliittiselle tasolle mekaaniset tuottavuusmittarit eivät kuitenkaan sovelly, vaan poliittisen toiminnan tehokkuutta on arvioitava tavoitteiden, resurssien ja vaikuttavuuden kautta. Sosiaalipoliittisessa päätöksentekoprosessissa asetetaan tavoitteita ja kohdennetaan tavoitteiden toteuttamiseksi tarvittavat resurssit. Päätös resurssien jaosta ennaltaehkäisyyn, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on esimerkki tästä ns. poliittisesta allokaatiosta. Tavoitteiden vaikuttavuutta taas voidaan seurata tavoitteiden toteutumista kuvaavilla indikaattoreilla. Terveystuottavuuden käsitteet ja määritelmät on esitetty tarkemmin luvussa 1.6.

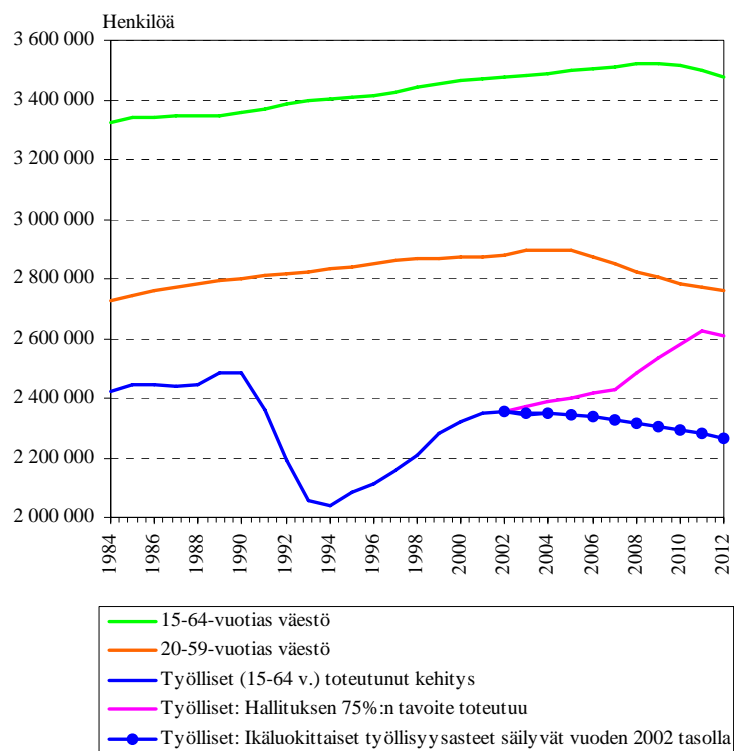
I Sosiaaliturva ja muuttuva toimintaympäristö

Suurten ikäluokkien lähestyminen eläkeikää merkitsee sopeutumista työikäisen väestön vähenemiseen. Työikäisen väestön määrä alkaa supistua vuodesta 2010 alkaen ja 20-59-vuotias väestö alkaa vähetä jo tätä aikaisemmin. Samanaikaisesti kasvaa niiden ikäluokkien koko, joissa työllisyysasteet ovat perinteisesti olleet alhaiset. Vuonna 2010 on 60-64-vuotiaita 50 prosenttia enemmän kuin vuonna 2004.

Jos työllisyysasteet ikäryhmittäin jäävät vuoden 2002 tasolle, työllisyys taittuisi laskuun ja alenisi 80 000 hengellä vuoteen 2011 mennessä. Vuoden 2002 jälkeen ikäryhmittäiset työllisyysasteet ovat edelleen kasvaneet. Olemme kuitenkin selvästi jäljessä 75 prosenttia työllisyysasteen tavoiteurasta.

Hallituksen tavoitteena on lisätä työllisyyttä 100 000 henkilöllä vuoteen 2007 ja nostaa työllisyysaste 75 prosenttiin vuoteen 2011 mennessä. Tämä merkitsee 30 000-40 000 työllisen lisäystä vuosittain, yhteensä 330 000 henkilöllä verrattuna vuoteen 2002. Työllisyyden kasvutahti olisi lähes yhtä nopea kuin syvän taloudellisen laman jälkeen 1990-luvulla (kuvio 1).

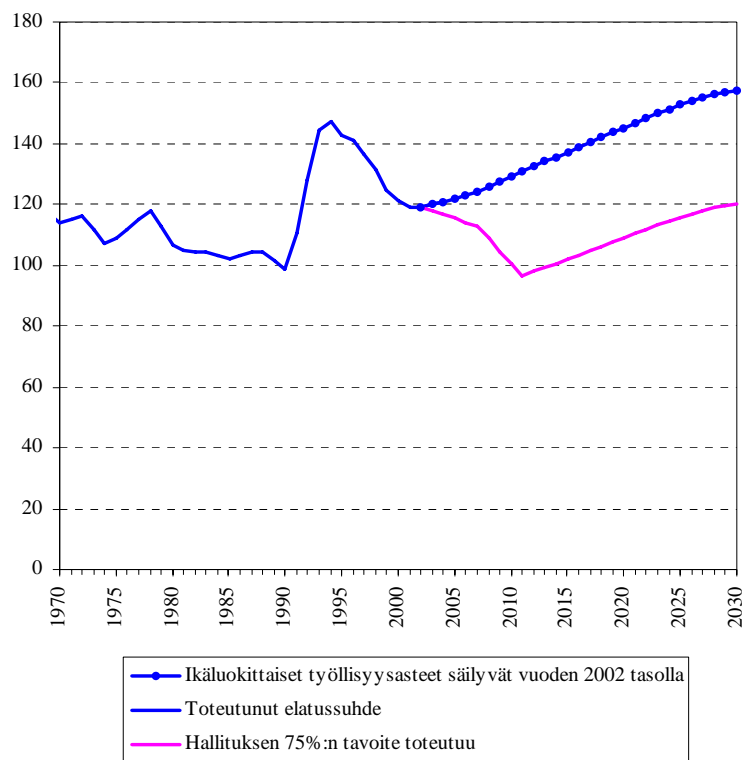
Kuvio 1. Työikäinen väestö ja työlliset vuosina 1990-2002 sekä kehitysarvio eri oletuksilla vuoteen vuosina 2002 – 2012



Elatussuhde lasketaan jakamalla ei-työllisten lukumäärä työllisten lukumäärällä. Elatussuhde kuvaa sitä, kuinka monen henkilön toimeentulo on riippuvainen yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta. Elatussuhde riippuu sekä väestön ikärakenteesta että työikäisen väestön työllisyydestä. Väestön ikääntyminen alkaa vaikuttaa koko voimakkuudellaan elatussuhteen kehittymiseen 2010- ja 2020-luvuilla.

Jos hallituksen työllisyystavoite toteutuu, elatussuhde vahvistuu aina vuoteen 2011 asti, jonka jälkeen se alkaa hitaasti heiketä. Väestön ikääntymisestä huolimatta elatussuhde olisi vuonna 2030 kuitenkin samalla tasolla kuin vuonna 2000. Jos ikäluokittaiset työllisyysasteet taas jäävät vuoden 2002 tasolle, elatussuhde muodostuu heikommaksi kuin syvän taloudellisen laman vallitessa 1990-luvun alkupuoliskolla. (Kuvio 2)

Kuvio 2. Elatussuhde vuosina 1970-2004 sekä kehitysarvio vuosina 2002 - 2030, %



1.1 Ikärakenne, työllisyys ja talouskasvu

Ikärakenteen vanhentuminen muodostaa talouskasvun ylläpitämiselle haasteen. Ikärakenteen muutoksen vaikutusta voidaan havainnollistaa taulukon 1hajotelman (dekomponentti) avulla. Hajotelmassa asukasta kohti lasketun bruttokansantuotteen kasvuun vaikuttavat työn tuottavuus, työikäisen väestön osuus koko väestöstä sekä työllisten osuus työikäisestä väestöstä. Ikärakenteen vaikutusta talouskasvuun on tarkasteltu kahdella vaihtoehdolla.

Ensimmäisessä vaihtoehdossa ikäluokittaiset työllisyysasteet säilyvät vuoden 2002 tasolla. Toisessa vaihtoehdossa työllisyysaste kohoaa vuoteen 2012 mennessä asteittain 75 prosenttiin hallituksen työllisyystavoitteen mukaisesti. Työn tuottavuuden kasvun

oletetaan vuosina 2004-2020 olevan kummassakin vaihtoehdossa 1,8 prosenttia vuodessa.ⁱ Samoin väestön ikärakenteen (15-64-vuotiaat/koko väestö) oletetaan molemmissa vaihtoehdoissa kehittyvän samalla tavoin.

Taulukko 1. Aukasta kohti lasketun bruttokansantuotteen kasvu 1992-2020, %
Hajotelma eri tekijöiden mukaan

	Ikäluokittaiset työllisyysasteet laskevat vuonna 2006 vuoden 2002 tasolle					
Muutos keskimäärin vuodessa, %	1992-95	1996-99	2000-03	2004-07	2008-11	2012-20
Työn tuottavuus	3,7	2,3	2,0	2,0	1,8	1,8
Työikäisen väestön osuus	-0,2	0,1	0,0	-0,1	-0,3	-0,8
Työllisyysaste	-3,3	1,9	0,5	-0,4	-0,4	0,1
Yhteensä: BKT/ asukas	0,1	4,3	2,4	1,5	1,1	1,1
Työllisyysaste kohoaa 75 prosenttiin vuoteen 2012 mennessä						
Muutos keskimäärin vuodessa, %	1992-95	1996-99	2000-03	2004-07	2008-11	2012-20
Työn tuottavuus	3,7	2,3	2,0	2,0	1,8	1,8
Työikäisen väestön osuus	-0,2	0,1	0,0	-0,1	-0,3	-0,8
Työllisyysaste	-3,3	1,9	0,5	0,7	2,0	0,1
Yhteensä: BKT/ asukas	0,1	4,3	2,4	2,6	3,6	1,0

Työikäisen väestön osuus = 15-64-vuotias väestö/koko väestö

Työllisyysaste = 15-64-vuotiaat työlliset/15-64-vuotiaat

Työn tuottavuus = Tuotanto työllistä kohden

Työikäisen väestön osuuden supistuminen pienentää talouskasvua huomattavammin vasta tarkastelujakson lopulla vuosina 2012-2020 (-0,8 prosentilla vuodessa). Mikäli ikäryhmittäiset työllisyysasteet laskevat vuoden 2002 tasolle, työikäisen väestön ikärakenteen muutos pienentää talouskasvua kuitenkin jo aikaisemmin. Yhä suurempi osa työikäisistä kuuluu ikäluokkiin, joissa työllisyysaste on nykyisin alhainen. Tätä kautta työikäisen väestön vanheneminen laskisi työllisyysastetta. Tämä hidastaisi tuotannon vuotuista kasvua 0,4 prosentilla ajanjaksoilla 2004-2007 ja 2008-2011. Jälkimmäisellä ajanjaksolla työikäisen väestön osuuden supistuminen hidastaa tuotannon kasvua vielä 0,3 prosentilla. Tuottavuuden kasvusta huolimatta talouskasvu jäisi vaatimattomaksi. Hallituksen työllisyystavoitteen toteutuminen muuttaisi tilannetta oleellisesti. Tällöin väestön ikääntyminen ei enää samalla tavoin hidastaisi taloudellista kasvua.

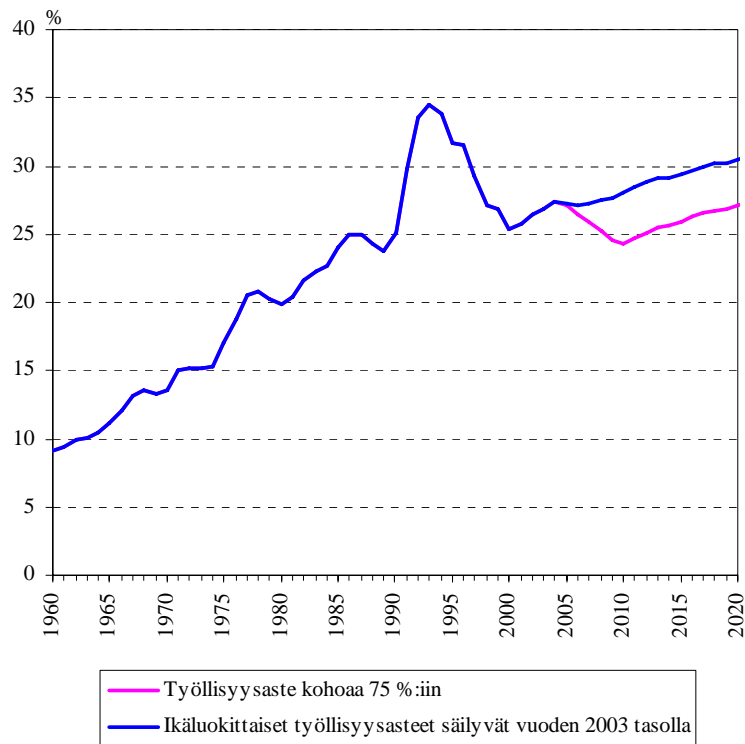
Jos tuottavuuden keskimääräinen kasvu ei olisikaan 1,8 prosenttia ajanjaksolla 2008-2020, vaan hidastuisi yhdellä prosenttiyksiköllä, olisi tällä dramaattinen vaikutus yhteiskunnan kykyyn tuottaa hyvinvointipalveluita kansalaisille. Jos ikäryhmittäiset työllisyysasteet jäisivät vuoden 2002 tasolle, bruttokansantuote per asukas laskisi hieman koko 2010-luvun. Jos onnistumme toteuttamaan hallituksen työllisyystavoitteen, bruttokansantuote per asukas kasvaisi silti vain muutamalla prosentin kymmenyksellä 2010-luvulla.

Työllisyys ja sosiaalimenot

Suotuisa talouskehitys merkitsee parempaa työllisyyttä ja rahana maksettavien toimeentuloturvaetuuksien saajamäärien supistumista. Tämän luo enemmän tilaa hyvinvointipalvelujen kehittämiseksi. Samalla toimeentuloturvaetuuksien ml. eläkkeiden kohtuullinen taso on helpompi turvata, kun saajien lukumäärä on pienempi.ⁱⁱ

Vuonna 2004 sosiaalimenot olivat 27 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Jos ikäryhmittäiset työllisyysasteet jäävät vuoden 2002 tasolle, työllisyysaste alenee 65 prosenttiin vuonna 2010. Tämä kasvattaisi nykylainsäädännön mukaista sosiaalimenojen BKT-suhdetta yhden prosenttiyksikön. Väestön vanhetessa edelleen sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen kohoaisi yli 30 prosenttiin vuoteen 2020 mennessä (kuvio 3). Jos verotulojen BKT-osuuden oletetaan säilyvän vuoden 2002 tasolla, julkisen sektorin rahoitustasapaino heikentyisi menojen lisäystä vastaavalla määrällä.

Kuvio 3. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen vuosina 1960-2004 sekä kehitysarviot eri oletuksilla vuoteen 2020, %



Mikäli Suomi onnistuisi kohottamaan työllisyysasteen 75 prosenttiin, sosiaalimenojen BKT-suhde alentuisi 24,3 prosenttiin vuonna 2010. Korkean työllisyyden vaihtoehdossa sosiaalimenojen BKT-suhde olisi siis liki 4 prosenttiyksikköä alhaisempi kuin matalan työllisyyden vaihtoehdossa.

Sosiaalimenot rahoitetaan lähinnä veroilla ja sosiaalivakuutusmaksuilla. Korkean työllisyyden vaihtoehdossa veroaste voisi jo tämän takia olla pienempi kuin matalan työllisyyden vaihtoehdossa. Samalla hyvä työllisyyskehitys takaisi verotulojen suotuisan kehityksen alhaisemmalla veroasteella. Hyvä työllisyyskehitys siis vähentäisi sosiaali-

menoja ja lisäisi samanaikaisesti verotuloja. Tämä synnyttäisi verohuojennusvaraa, jolla voitaisiin pienentää työn kireää verotusta Suomessa. Vaihtoehtoisesti julkisen talouden liikkumavaraa voidaan käyttää sosiaaliturvan kehittämiseen.

Jos tuottavuuden kehitys hidastuu yhdellä prosenttiyksiköllä arvioidusta 1,8 prosentista työllisyyden säilyessä ennallaan, myös BKT:n kasvu hidastuisi prosenttiyksiköllä. Tällöin vero- ja sosiaaliturvamaksujen pohja heikkenee. Edellinen syö julkisten palveluiden ja jälkimmäinen eläkkeiden rahoituspohjaa. Hyvä tuottavuuskehitys puolestaan synnyttää myönteisen kierteen, jossa taloudellista kasvua tukevien palveluiden rahoitus on varmistettu.

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen on hyvin karkea ja vajavainen sosiaaliturvan mittari. Esimerkiksi väestön erilainen ikärakenne tai erilainen suhdante-tilanne saattavat vaikeuttaa maiden välisiä tai ajassa tapahtuvia vertailuja. Myös sosiaali- ja terveystalouden tuotannon tehokkuudessa voi olla huomattavia eroja. Palvelujen käyttäjiä kiinnostaa lähinnä palvelujen saatavuus ja laatu, ei siihen käytetyt panokset.

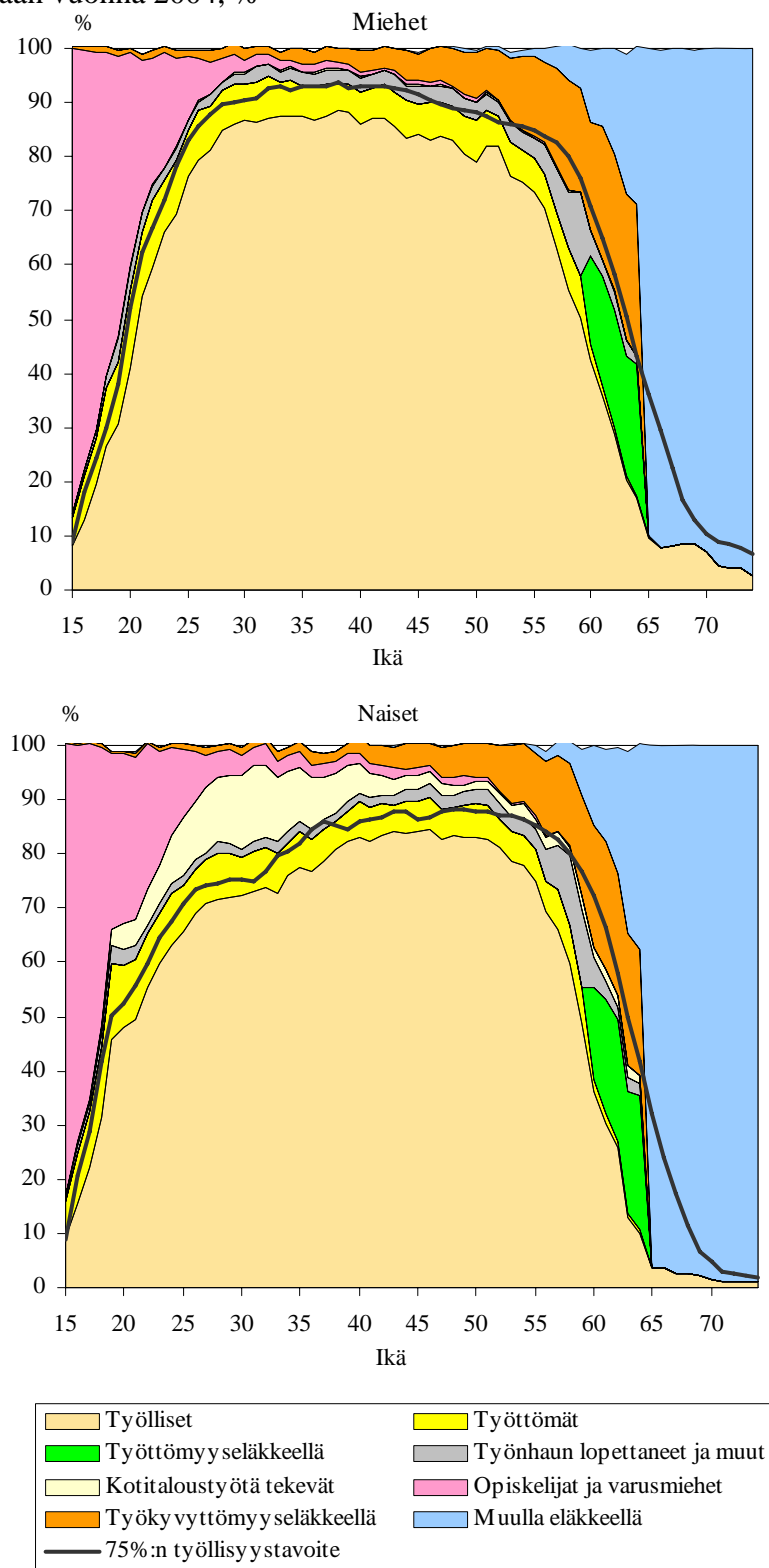
Sosiaalimenolaskelma ei myöskään ota huomioon maiden välisiä eroja verotuksessa. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa valtaosa toimeentuloturva-etuuksista on veronalaista tuloa, jolloin niiden bruttotaso on vastaavasti korkeampi. Myös toimeentuloturvaetuuksia korvaavien sosiaalisten verovähennysten merkitys on Pohjoismaissa vähäisempi kuin monissa muissa maissa. Perinteisissä sosiaalimenolaskelmissa tätä verojärjestelmän kautta annettavaa tukea ei ole otettu huomioon. OECD on tehnyt niin sanottuja nettososiaalimenoja koskevia vertailuja, joissa verotuksen erot on pyritty ottamaan huomioon. Nettososiaalimenoilta mitattuna maiden väliset erot ovat pienempiä kuin perinteisiin sosiaalimenoihin perustuvassa vertailussa (ks. Sosiaaliturvan suunta 2004 s. 40).

Mitä työllisyystavoitteen saavuttaminen edellyttää?

Kuvioissa 5 ja 6 on tarkasteltu miesten ja naisten ikäluokittaista työllisyyttä vuonna 2004 ja verrattu sitä hallituksen 75 prosentin työllisyysastetavoitteeseen. Työllisten lisäksi kuvioissa on esitetty myös muun väestön jakautuminen pääasiallisen toiminnan mukaan. Kuvioista tulee selvästi esiin työllisyystavoitteen haastavuus. Vuoteen 2004 verrattuna työllisyystavoitteen saavuttaminen edellyttäisi esimerkiksi lähes kaikkien työttömien, piilotyöttömien ja työnhaun lopettaneiden sekä työttömyyseläkkeensaajien työllistymistä vuoteen 2011 mennessä.

Tavoitteen saavuttaminen edellyttää monia toimenpiteitä. Opiskelua on tehostettava ja opiskeluaikoja lyhennettävä. Mahdollisuuksia perhe- ja työelämän joustavaan yhteensovittamiseen on parannettava. Väestön työkyvystä on huolehdittava kaikissa ikäryhmissä. Ikääntyneiden työntekijöiden mahdollisuuksista ja taloudellisista kannusteista työnteon jatkamiseen on huolehdittava.

Kuvio 4. 15-70-vuotiaiden miesten ja naisten jakautuminen pääasiallisen toiminnan mukaan vuonna 2004, %



Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

1.2 Kuntatalous ja vuoden 2006 talousarvio

Koko maan tasolla kuntatalous heikkeni selvästi vuonna 2004 edellisvuoteen verrattuna. Tämä johtui erityisesti toimintamenojen arvioitua suuremmasta kasvusta. Myös verotulojen 1,3 prosentin kasvu oli riittämätön, vaikka valtionosuudet kasvoivat kokonaisuudessaan lähes 10 prosenttia vuonna 2004. Kuntien yhteen laskettu vuosikate pieneni noin 150 milj. euroa vuodesta 2003.

Vuonna 2004 negatiivisen vuosikatteen kuntien määrä kasvoi edellisvuoden 63 kunnasta 138 kuntaan. Vuosikatteen heikkous on edelleen yleisintä asukasluvultaan pienissä kunnissa. Peruspalveluohjelman mukaan kunnallistalouden rahoitustilanteen arvioidaan paranevan hieman vuonna 2005. Tämä johtuu varsinkin verotulojen arvioidusta 4,5 prosentin kasvusta.

Vuonna 2006 verotulojen arvioidaan kasvavan lähes 4,5 prosenttia. Kuntatalouden rahoitusasapaino paranee edelleen vuonna 2006, mutta vuosikate jää hieman käyttöomaisuuden poistoja pienemmäksi. Kuntatalouden arvioidaan tasapainottuvan vuosina 2007 – 2009 siten, että vuosikate riittää kattamaan poistot. Vuosikatteen kasvusta huolimatta se jää koko tarkastelujaksolla nettoinvestointeja pienemmäksi.

Väestön ikärakenteen muutos kasvattaa palvelujen kysyntää ja lisää kuntien menoja. Myös muuttoliike lisää menoja kasvukunnissa ja vaikeuttaa palvelurakenteen ylläpitoa muuttotappiokunnissa.

Kuntien eriytymiskehityksen arvioidaan jatkuvan myös lähivuosina. Sisäasianministeriön ennusteen mukaan yli 6 000 asukkaan kunnissa vuosikate paranee vuodesta 2004 vuoteen 2006 ja heikkenee alle 6 000 asukkaan kunnissa. Vuosikatteen heikkeneminen painottuu alle 2 000 asukkaan kuntiin. Eniten vuosikate kasvaa vastaavana aikana yli 100 000 asukkaan kunnissa.

Taulukko 2. Kuntien ja kuntayhtymien talouden tunnuslukuja, miljardia euroa

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Toimintakate	-16,3	-17,1	-18,0	-18,7	-19,1	-19,8	-20,5
Verotulot.	13,5	13,7	14,2	14,7	15,3	15,9	16,5
Käyttötalouden valtionosuudet ¹	4,3	4,7	5,1	5,5	5,8	6,0	6,2
- josta STM:n osuus	2,9	3,4	3,8	4,0	4,2	4,4	4,4
Vuosikate	1,6	1,4	1,5	1,7	2,0	2,2	2,3
Investoinnit, netto	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Lainakanta	5,6	6,6	7,3	7,9	8,2	8,4	8,6

Taulukon luvut perustuvat vuodesta 2005 lähtien ennakkotietoihin tai ennusteisiin

1) Kuntien kirjanpidon mukaan

Lähde: Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 2005

Valtion toimenpiteet ovat vähentäneet kuntien eriytymiskehitystä. Maaseutumaaisissa ja alle 6 000 asukkaan kunnissa valtionosuudet muodostavat keskimäärin noin 40 prosenttia kuntien tuloista. Yli 100 000 asukkaan kunnissa valtionosuuksien osuus tulonmuodostuksesta on alle 3 prosenttia. Kuntatalouden kannalta ongelmallisin kuntaryhmä on sellainen, jonka kuntien vuosikatteet ovat olleet useampana peräkkäisenä vuotena negatiivisia ja joiden tulorahoitus ei riitä menojen kattamiseen. Näille kunnille on tunnusomaista pieni asukasluku, muuttotappiot, maaseutumainen kuntarakenne, korkea veroprosentti ja rahoitusaseman heikkous. Näissä kunnissa ovat myös palvelujen järjestämisen kustannukset reilusti koko maan keskiarvon yläpuolella.

Hallitusohjelman mukaisesti kuntien tehtävien ja velvoitteiden rahoituksen tasapainoa parannetaan valtion ja kuntien välisellä peruspalveluohjelmalla ja siihen liittyvällä vuosittaisella peruspalvelubudjetilla.

Peruspalvelubudjetilla ajoitetaan ja täsmennetään peruspalveluohjelman mukaisten toimenpiteiden vuosittainen toteutus, kustannukset ja rahoitus. Valtionosuusuudistuksen ensimmäinen vaihe toteutetaan vuoden 2006 alusta lukien. Uudistuksessa valtion ja kuntien välinen kustannustenjakoa ei kokonaistasolla muutu.

Kuntien menojen hallinta on suurien paineiden edessä. Palvelujen turvaaminen edellyttää kunnilta toimintatapojen ja palvelurakenteiden jatkuvaa arviointia sekä valmiutta sellaisiin rakenteellisiin uudistuksiin, joilla on mahdollista lisätä taloudellisuutta ja tehokkuutta. Erityisesti Kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja Sosiaalialan kehittämishankkeen toteuttaminen edellyttävät kuntien omaa panostusta hyvinvointipalvelujen parantamiseen. Kunnallisten palvelujen saatavuuden ja laadun turvaaminen kohtuullisella vero- ja maksurasitteella edellyttää panostusta toimintakykyiseen ja elinvoimaiseen järjestämis- ja tuottamisrakenteeseen.

Kunta- ja palvelurakennemuutoshankkeen päälinjaukset

Peruspalveluministeriryhmä päätti 28.9.2005 kokouksessaan kunta- ja palvelurakennemuutoshankkeen aluevaiheen linjauksista. Aluevaiheessa käsitellään kunta- ja palvelurakennemuutoksen tekemän esityksen mukaan kolmea pelkistettyä muotomallia, jotka ovat peruskunta-, piiri- sekä aluekuntamalli.

Piirimalli

Sosiaali- ja terveystieteiden piirimallissa otetaan kantaa vain sosiaali- ja terveystieteisiin. Malli ei edellytä kuntarakenteen muutosta eikä muiden sektoreiden liittymistä palvelurakenteeseen, muttei sulje näitä vaihtoehtoja pois.

Lähtökohtana on huolehtia siitä, että maassa on nykyisiin ja tuleviin haasteisiin tehokkaasti vastaava palveluverkosto. Hallinnollisten puitteiden tulee tehdä mahdolliseksi huolehtia palveluverkoston kattavuudesta, vaativan hoidon keskittämisestä, työvoiman saatavuuden ja osaamisen turvaamisesta, rationaalisista investointi- ja hoitokäytännöistä, hyvien toimintakäytäntöjen nopeasta leviämisestä ja toimivasta tietoverkosta. Koska tilanne maan eri osissa on erilainen, tulee toimintamallin sallia myös erilaisuutta.

Piirimallissa sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito integroidaan samaan organisaatioon, jonka tarkoituksena on toimintojen järjeistämisen ja tuottavuuden kohottaminen. Palveluiden järjestämisvastuu siirretään sosiaali- ja terveyspiireille.

Piirimallissa väestöpohja tulee olla vähintään 100 000 asukasta, mieluummin 150 000 - 200 000 asukasta. Sosiaali- ja terveyspiirin ensisijaisena tehtävänä on toimia tilaajan roolissa palvelujen järjestämisessä ja varmistua siitä, että asianmukaisten palveluiden tarjonta on turvattu. Sosiaali- ja terveyspiirillä on myös omaa palvelutuotantoa. Se vertaa omaa tuotantoaan muiden tuottajien palveluihin. Erityisen vaativa hoito on keskitetty muutamaan valtakunnalliseen yksikköön.

Sosiaali- ja terveyspiiri on jaettu palvelualueisiin, joiden vähimmäisväestöpohja on 20 000 asukasta. Palvelualueet eivät välttämättä noudata nykyisiä kuntarajoja. Lähipalvelut voidaan tuottaa hajautetusti paikallisten tarpeiden mukaan. Pääosa sosiaali- ja terveyspiirin rahoituksesta perustuu etukäteen määriteltyyn väestöpohjaiseen maksuun. Osa rahoituksesta voi perustua palvelujen käyttöön. Ehkäisevän toiminnan kannustamiseksi voidaan ottaa käyttöön myös yli- ja alikäyttöhinnottelu. Asiakasmaksut tuloutetaan kunnille. Piirille tuloutetaan kuntien maksuosuudet ja väestöpohjaan sopeutetut valtionosuudet. Kunnat suorittavat maksun piirille ja piirin on mitoitettava toiminta näihin rahoituspuutteisiin. Piirissä päätetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkosta ja menokehyksistä luottamushenkilöiden toimesta.

Aluekuntamalli

Aluekuntamallin mukaan Suomeen muodostetaan 20-25 aluekuntaa. Nykyisistä kunnista tulee lähikuntia. Pääkaupunkiseudun toimintamalli ratkaistaan erillisenä kysymyksenä. Palveluiden järjestämisvastuu on aluekunnilla. Järjestämisvastuu ei merkitse palveluiden tuottamisen ja jakelun keskittämistä, vaan palvelut tuotetaan aluekunnissa hajautetusti paikallisten tarpeiden ja edellytysten mukaan. Osa palveluista voidaan määrätä lainsäädännöllä lähikuntien järjestämisvastuulle. Aluekunnat voivat lisäksi delegoida tehtäviä lähikunnille.

Aluekunta toimisi edustuksellisen demokratian ja kansalaisten suoran vaikuttamisen perustana. Maakuntaliitot ja muut kuntayhtymät voidaan lakkauttaa niiden tehtävien siirtyessä aluekunnille. Verotus ja valtionosuudet tulevat aluekunnille. Aluekunnan delegoidessa palveluita lähikunnalle ne toteutetaan palveluiden tuotteistamisen kautta sopimusohjausjärjestelmän pohjalta. Lainsäädännöllä määrättyjen tehtävien osalta voidaan osoittaa lähikunnille niiden hoitamiseen rahoitus: esimerkiksi kiinteä prosenttiosuus aluekunnan verotuloista, tehtäväkohtainen lisä, kannustelisiä tai mahdolliset muut ratkaisut.

Aluekuntien ja lähikuntien palveluiden organisoinnissa käytetään hyväksi uutta teknologiaa sekä uusia mahdollisuuksia. Aluekuntien keskinäistä yhteistyötä tarvitaan sovittaessa valtakunnallisesta työnjaosta, esimerkiksi erikoissairanhoidon sektorilla. Alueelliset ja kielelliset erityispiirteet voidaan ottaa huomioon aluekuntien rajoja ja/tai alue- ja lähikuntien työnjakoa määriteltäessä. On mahdollistettava mm. kielellisesti riittävän yhtenäisten alueiden, myös aluekuntien, muodostuminen.

Peruskuntamalli

Peruskuntamalli muodostuu työssäkäyntialueesta tai muusta toiminnallisesta kokonaisuudesta. Tavoitteena on, että asukkaita peruskunnassa olisi vähintään 20 000 - 30 000. Kunnilla olisi vastuu sekä rahoituksesta että palvelujen järjestämisestä. Lisäksi tämä alue toimisi edustuksellisen demokratian ja kansalaisten suoran vaikuttamisen perustana. Mikäli kunnilla ei ole edellytyksiä uuden kunnan perustamiseen, kuntien tulee siirtymävaiheessa siirtää peruspalvelujen järjestämisvastuu peruspalvelupiirille, joka on 20 000 -30 000 asukkaan alue. Jos kuntien yhdistymiseen tai peruspalvelupiirien muodostamiseen ei päästä kuntien itsensä toimesta, voi valtioneuvosto päättää tarvittavista toimenpiteistä.

Kunnat tai palvelupiirit tilaavat kilpailuttamista hyödyntäen sairaanhoitopiireiltä tai muilta palvelujen tuottajilta erikoissairaanhoidon vaativimmat palvelut ja sosiaalitoimen erityispalvelut, jotka edellyttävät laajempaa väestöpohjaa. Sairaanhoitopiirien määrää vähennetään ja erityisen vaativa hoito keskitetään miljoonapiireihin.

Vuoden 2006 talousarvioesitys

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan osuus vuoden 2006 valtion talousarvioesityksessä on noin 11 miljardia euroa. Määrä on 12 prosenttia vuoden 2005 talousarviota suurempi.

Suurimmat määrärahojen lisäykset vuonna 2006 aiheutuvat 1,0 miljardin euron arvonlisäveron tilityksen poistamisesta sairausvakuutus- ja kansaneläkerahastoon sekä valtionantajan sosiaaliturvamaksun alentamisesta ja valtionosuuksien lisäämisestä. Toimeentuloturvamenojen indeksitarkistukset lisäävät valtion menoja noin 43 miljoonaa euroa. Osana ministeriön hallinnonalaan koskevana kaikkein heikoimmassa asemassa olevien tukemiseksi esitettyjä toimenpiteitä esityksessä on kansaneläkkeiden ja siihen sidonnaisten etuuksien taso-korotukset, pitkäaikaistyöttömien kuntoutusraha päihdekuntoutuksen ajalta sekä asumismenojen omavastuun poistaminen toimeentulotuesta.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksiin esitetään 4 021 miljoonaa euroa, jossa on lisäystä noin 9,5 prosenttia vuoden 2005 tasoon verrattuna. Lisäyksestä 55 miljoonaa euroa on siirtoa aiemmin erilliseltä momentilta maksettusta lastensuojelun suurten kustannusten tasausmenoista. Lisäyksestä 63 miljoonaa euroa liittyy valtion ja kuntien väliseen kustannustenjaon tarkistamiseen ja 94,7 miljoonaa euroa kustannustason muutoksesta johtuvaan valtionosuuksien korottamiseen 2,4 prosentilla.

Valtionosuuksien lisäyksestä 73 miljoonaa euroa liittyy Kansallisen terveydenhuollon hankkeen mukaiseen kuntien terveydenhuoltojärjestelmien kehittämiseen sekä Sosiaalialan kehittämishankkeen tarkoittamaan sosiaalipalvelujärjestelmän kehittämiseen. Tästä lisäyksestä 9,9 miljoonaa euroa käytetään kuntien sosiaalihuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen turvaamiseen, 4,0 miljoonaa euroa omaishoidon ja perhehoidon kehittämiseen ja 59,2 miljoonaa euroa valtionosuusprosentin korottamiseen 0,48 prosenttiyksiköllä. Rikosasiaain sovittelu tulee lakisääteiseksi koko maassa 1.3.2006 lukien. Vuonna 2006 korvaus sovittelumenoihin on 5,3 miljoonaa euroa.

Osana kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistamista sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien eräitä määräytymisperusteita tarkistetaan. Vaikeasti vammaisten henkilöiden palveluista aiheutuvia kustannuksia kompensoidaan uudella vammaiskertomella sekä lastensuojelun tarpeesta aiheutuvia kustannuksia uudella lastensuojelukertomella, joka korvaa erillisen lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmän. Lisäksi syrjäisyyskertoimen määräytymisperusteita muutetaan.

Osana pitkäaikaistyöttömien työllistymiseen tähtäävää työmarkkinatukiuudistusta vuoden 2006 alussa toimeentulotuen normitettavissa oleva osa irrotetaan valtionosuusjärjestelmästä. Tämän johdosta kuntien valtionosuuksista on vähennetty 144,2 miljoonaa euroa, koska jatkossa perustoimeentulotuki maksetaan erilliseltä momentilta ja sen rahoitus jaetaan tasan kuntien ja valtion kesken. Työmarkkinatukiuudistuksesta aiheutuvien kuntien menojen lisäyksen kompensoimiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksia lisätään 67,5 miljoonaa euroa. Lisäys nostaa valtionosuusprosenttia 0,56 prosenttiyksiköllä.

Osana kaikkein heikoimmassa asemassa olevien tukemiseksi tehtyjä toimenpiteitä toimeentulotuesta poistetaan asumismenojen omavastuu 1.9.2006 lukien. Tästä aiheutuneet lisäkustannukset (vuositasolla 40 miljoonaa euroa) rahoitetaan kokonaan valtion varoista.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuusprosentti nousee nykyisestä 32,99 prosentista 33,32 prosenttiin vuonna 2006.

Valtionavustuksena kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin ministeriö esittää 55,2 miljoonaa euroa. Tästä määrärahasta 30 miljoonaa euroa käytettäisiin Kansallista terveydenhuollon hanketta tukeviin kehittämishankkeisiin. Loppuosa määrärahasta kohdennettaisiin Sosiaalialan kehittämishankkeen ja Alkoholiohjelman toimeenpanoon liittyviin hankkeisiin.

Sairausvakuutuksen rahoitus uudistuu vuoden 2006 alussa. Uudistuksessa vahvistetaan vakuutusperiaatetta tiivistämällä maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä. Sairausvakuutusrahaston kautta tapahtuva rahoitus jaetaan kahteen eri osaan, sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen.

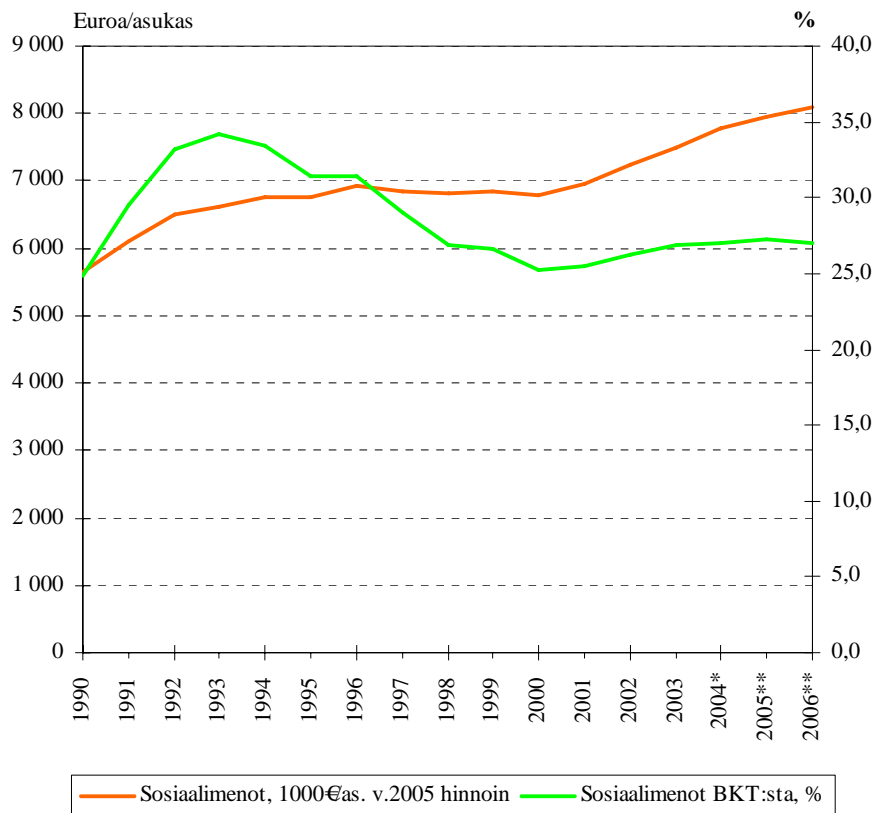
Valtio rahoittaa sairaanhoitovakuutukseen kuuluvat EU-maihin maksettavat sairaanhoitokorvaukset. Muutoin sairaanhoitovakuutus rahoitetaan vakuutettujen ja valtion yhtä suurella osuudella. Työtulovakuutus rahoitetaan työnantajien, palkansaajien, yrittäjien ja valtion osuuksilla. Valtio rahoittaa vähimmäismääräiset sairaus- ja vanhempainpäivärahat sekä kuntoutusrahat. Lisäksi valtio rahoittaa osan maatalousyrittäjien ja yrittäjien työterveyshuollon menoista. Vuonna 2006 työnantajat rahoittavat muista työtulovakuutuksen menoista 73 prosenttia ja palkansaajat ja yrittäjät yhdessä 27 prosenttia.

Vuoden 2006 talousarvioesityksessä työtulovakuutuksen menot arvioidaan 1,8 miljardiksi euroksi ja sairaanhoitovakuutuksen menot noin 2 miljardiksi euroksi eli yhteensä sairausvakuutuksen menoiksi arvioidaan 3,8 miljardia euroa. Valtionosuudeksi arvioidaan vuonna 2006 yhteensä 1,1 miljardia euroa, josta osuus työtulovakuutuksen vähimmäispäivärahoista olisi 86 miljoonaa euroa ja osuus yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuollosta 5 miljoonaa euroa. Työtulovakuutuksessa työnantajien osuus olisi 1,3 miljardia euroa ja palkansaajien ja yrittäjien osuus 0,5 miljardia euroa.

1.3 Sosiaalimenot ja niiden rahoitusmahdollisuudet

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen kääntyi pitkään jatkuneen laskun jälkeen lievään nousuun 2000-luvun alussa. Sosiaalimenojen kasvun lisäksi tämä johtui bruttokansantuotteen kasvun hidastumisesta. Bruttokansantuotteen ripeä kasvu selittää osaltaan myös sosiaalimenojen BKT-suhteen laskun 1990-luvun jälkipuoliskolla. Asukasta kohti lasketut sosiaalimenot eivät ole samalla ajanjaksolla mainittavasti muuttuneet (kuvio 5).

Kuvio 5. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen (%) sekä sosiaalimenot asukasta kohden (vuoden 2000 hinnoin) vuosina 1990-2005



Sosiaalimenoja on viime vuosina kasvattanut vanhuuteen sekä sairauteen ja terveyteen liittyvien menojen lisäys. Nämä menoryhmät muodostavat yhdessä yli puolet sosiaalimenoista. Viime vuosien kasvusta huolimatta sairauteen ja terveyteen liittyvien menojen osuus sosiaalimenoista on edelleen pienempi kuin 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa (taulukko 3).

Sosiaalimenojen suurin rahoittaja ovat työnantajat, jotka osallistuvat eläkkeiden, työttömyysturvan sekä sairausvakuutuksen rahoittamiseen. Myös vakuutetut osallistuvat näiden etuuksien rahoittamiseen. Valtio rahoittaa pääosin perusturvan kuten työttömien perusturvan, lapsilisät, asumistuet sekä maksaa valtionosuutta kunnille sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Kunnilla on päävastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamisesta. Muut tulot koostuvat lähinnä rahastoista saatavista pääomatuloista (rahas-tojen tuotot).

Taulukko 3. Sosiaalimenojen pääryhmien prosenttiosuudet vuosina 1990 ja 1995-2006,

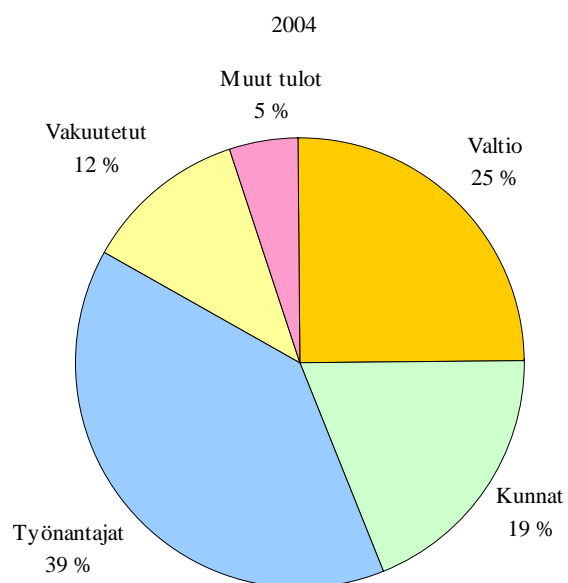
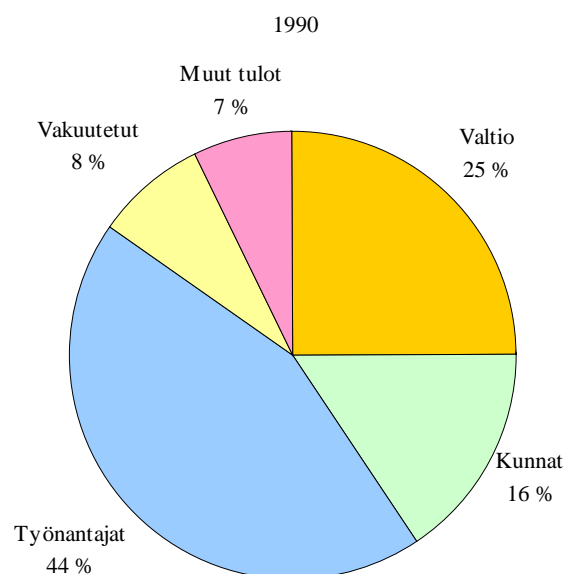
Vuosi	Sairaus ja ter- veys	Toimin- tarajoit- teisuus	Vanhuus	Leski ja muut omaiset	Perhe ja lapset	Työttö- myys	Asu- minen	Muu so- siaali- turva	Hallin- to	Yhteen- sä
1990	27,5	15,0	28,6	4,0	13,0	5,9	0,7	1,8	3,5	100,0
1995	20,3	14,5	28,1	3,8	13,0	14,0	1,5	2,0	2,8	100,0
1996	20,7	14,3	29,0	3,8	12,1	13,5	1,2	2,3	3,1	100,0
1997	21,3	14,3	29,1	3,9	12,3	13,0	1,2	2,4	2,7	100,0
1998	22,0	14,0	29,5	3,8	12,4	11,7	1,4	2,1	3,1	100,0
1999	22,4	13,8	30,3	3,9	12,4	11,0	1,5	2,1	2,6	100,0
2000	23,1	13,5	30,8	3,9	12,1	10,2	1,4	2,0	3,1	100,0
2001	23,7	13,3	31,6	3,8	11,7	9,5	1,1	2,1	3,0	100,0
2002	24,1	13,0	32,0	3,8	11,3	9,5	1,1	2,1	3,2	100,0
2003	24,3	12,8	32,2	3,7	11,1	9,6	1,1	2,1	3,2	100,0
2004*	24,6	12,6	32,1	3,5	11,1	9,8	1,1	2,1	3,2	100,0
2005**	25,0	12,4	32,2	3,5	11,1	9,5	1,0	2,1	3,3	100,0
2006**	25,3	12,2	32,8	3,4	11,1	9,0	1,0	2,0	3,3	100,0

* Ennakkotieto **Ennuste. Lähde: Stakes, ennakkotieto/ennuste STM

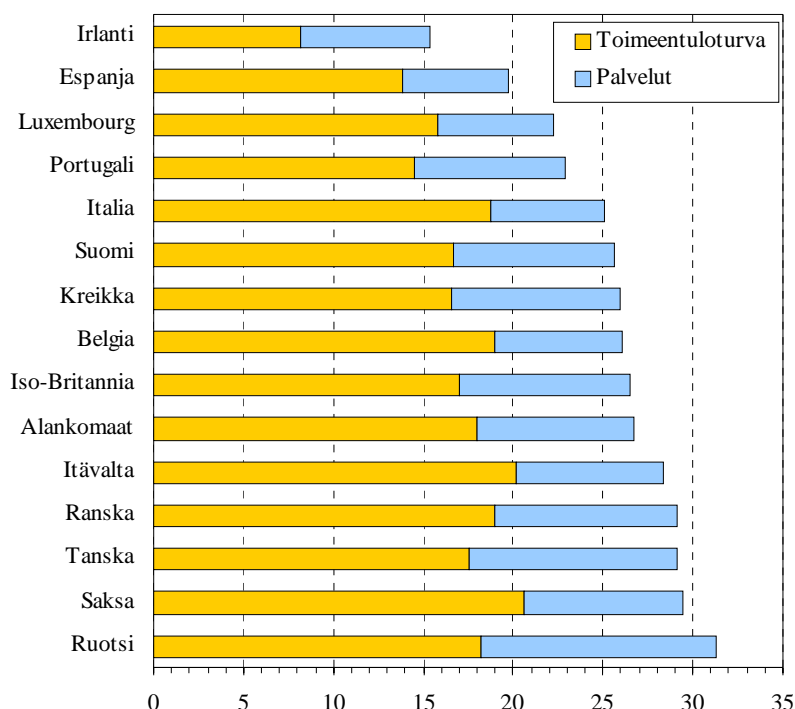
Kaavamaisen rahoituslähteiden jaottelun perusteella on vaikea arvioida rahoitusrasituksen lopullista jakautumista. Myös eri rahoitustapojen erilaiset ohjausvaikutukset eivät tule tarkastelussa esiin. Sekä valtion että kuntien osuus rahoitetaan viime kädessä verotuloilla. Erityisesti valtiolle kertyy verotuloja monista eri lähteistä ja verolajeista. Valtion rahoitusosuuteen kirjatut kunnille maksettavat valtionosuudet ovat pääosin laskennallisia eivätkä perustu yksittäisen kunnan todellisiin menoihin. Niiden käyttö ei myöskään ole sidottu tiettyyn tarkoitukseen. Työnantajien ja vakuutettujen sosiaalivakuutusmaksut perustuvat lähinnä maksettuihin palkkoihin, mutta osa maksuista perustuu myös muihin tekijöihin. Lopullisen maksurasituksen kohdentumisen kannalta jako työnantajien ja vakuutettujen (palkansaajat) maksuihin ei välttämättä ole kovin tärkeä.

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen on Suomessa EU:n keskitasoa (EU15). Kuvion 8 vertailusta puuttuvat uusien 1.5.2004 EU:hun liittyneiden jäsenmaiden tiedot. Näistä useimmissa sosiaalimenot ovat selvästi pienemmät kuin Suomessa. Sosiaalimenojen suuruuden lisäksi EU-maiden välillä on eroja myös menorakenteessa. Ruotsin ja Tanskan suuret sosiaalimenot johtuvat osittain palvelumenojen suuruudesta. Rahana maksettaviin toimeentuloturvaetuuksiin nämä maat käyttävät jopa vähemmän rahaa kuin eräät muut EU-maat. Suomessa palvelumenojen osuus kokonaismenoista on pienempi kuin Ruotsissa ja Tanskassa, mutta suurempi kuin EU:ssa keskimäärin.

Kuvio 6. Sosiaalimenojen rahoitusosuudet vuosina 1990 ja 2004, %



Kuvio 7. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen eräissä EU-maissa vuonna 2002



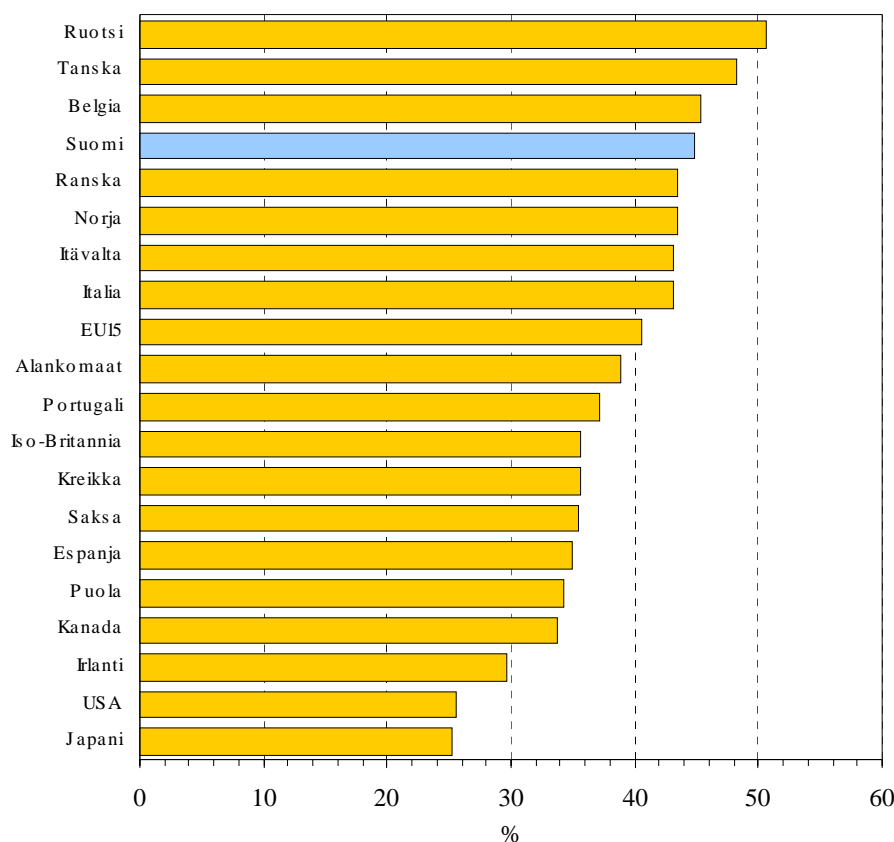
Lähde: Eurostat

Verotus ja verokilpailu

Vaikka sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen ei tulevaisuudessa oleellisesti kasvaisi, voi sosiaalimenojen rahoitus vaarantua myös muuta kautta. Kansainvälisen verokilpailun kiristyminen voi lisätä paineita verotuksen ja sosiaalivakuutusmaksujen alentamiseen ja vaarantaa tätä kautta sosiaaliturvan rahoituksen. Vaikutus riippuu paljolti siitä, miten verotus vaikuttaa kotitalouksien, yritysten ja työmarkkinajärjestöjen toimintaan. Mikäli kotitaloudet arvostavat veroilla ja sosiaalivakuutusmaksuilla rahoitettavia palveluita ja toimeentuloturva, ovat he valmiimpia hyväksymään hieman kiireämmän verotuksen ja matalamman nettotulotason. Kyse ei välttämättä ole pelkästään kunkin kotitalouden itse saamista toimeentuloturvaetuksista tai palveluista. Sosiaaliturvan takaama yhteiskunnan koheesio ja sen myönteinen vaikutus asuinympäristöön ovat arvo sinällään. Vastaavasti yritysten sijoittumispäätöksiin vaikuttavat monet tekijät. Verotuksella voidaan taata toimiva infrastruktuuri, koulutettu ja terve työvoima sekä yhteiskunnallisesti vakaat olot. Tällöin verotuksen pienet tasoerot eivät välttämättä ole sijoittumista ensisijaisesti määräävä tekijä.

Kokonaisveroaste on Suomessa korkeampi kuin EU-maissa keskimäärin. Sekä Ruotsissa että Tanskassa veroaste on kuitenkin selvästi meitä korkeampi ja ero esimerkiksi Ranskaan, Belgiaan ja Itävaltaan on pieni. Uusissa EU-maissa, aivan lähialueillamme, verotus on selvästi keveämpää kuin Suomessa. Tulevaisuuden haasteita arvioitaessa muut EU-maat eivät välttämättä ole ainoa keskeinen vertailuryhmä. Useat EU-maat kamppailevat samojen sosiaaliturvan rahoituskysymysten kanssa kuin mekin. Globaalissa taloudessa kiinnostavimmat vertailujen jakolinjat saattavatkin kulkea EU-maiden ja muiden maiden välillä.

Kuvio 8. Kokonaisveroaste eräissä OECD-maissa vuonna 2003, %



Lähde: OECD, Revenue Statistics 1965–2003 - 2004 edition

1.4 Kannustava sosiaaliturva

Hyvinvointiyhteiskunnan tavoitteena on toteuttaa väestön perusoikeuksia ja vähentää kansalaisten eriarvoisuutta. Kattavaan yhteisvastuuseen perustuva sosiaaliturva tukee kansalaisten yhtäläisiä mahdollisuuksia, integroi kansalaiset yhteisöön ja lisää sosiaalista yhteenkuuluvuutta, mikä kiinteyttää yhteiskuntaa. Samalla hyvinvoinnin vahvistaminen vakauttaa yhteiskuntaa ja tukee yhteiskunnan tuottavuutta, toimintakykyä ja talouden kasvumahdollisuuksia. Kaikki kansalaiset kattavat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä kohtuullisen tulotason ja vähimmäisturvan takaava toimeentuloturva ehkäisevät köyhyyttä ja syrjäytymistä tutkimusten mukaan hyvin.

Sosiaaliturvan tehtävänä on toimia kansalaisten turvaverkkona elämän riskitilanteissa. Sosiaalipolitiikkaan kuuluu huolenpito myös ihmisistä, jotka eivät itse pysty huolehtimaan itsestään tai valvomaan oikeuksiaan. Suomen perustuslain mukaan jokaiselle taataan perustoimeentulon turva työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen vuoksi. Moniin näistä tilanteista liittyy niin suurta epävarmuutta ja riskejä, että vapailla markkinoilla toimiva aktuaarinen vakuutus on joko tehoton tai jopa kokonaan mahdoton. Tällöin yhteiskunta voi toimia riskinkantajana ja suojata kansalaiset epävarmuudelta ja suurilta riskeiltä pakollisella sosiaalivakuutuksella.

Jos turvaverkko toimii hyvin, ihmiset uskaltavat ottaa riskejä esimerkiksi vaihtamalla ammattia, työpaikkaa tai asuinpaikkaa. He voivat myös kartuttaa osaamistaan kouluttautumalla tai jäädä työelämästä väliaikaisesti pois lastenhoidon vuoksi. Sen vuoksi hyvinvointiyhteiskunta voidaan nähdä myös järjestelmänä, joka kannustaa kansalaisia toimimaan oikean suuntaisesti. Parhaimmillaan sosiaaliturva tukee kansalaisten riskinottoa ja toimii ponnahduslautana yhteiskuntaan ja työelämään, mutta estää samalla tarpeetonta turvautumista sosiaaliturvan etuuksiin.

Hyvinvointiyhteiskuntaa voidaan perustella myös kansantalouden tehokkuuden ja toimivuuden näkökulmasta. Ensinnäkin huolehtiessaan kansalaisten terveydestä ja työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisestä sosiaalipolitiikka tukee taloudellista toimintaa. Nykyisin sosiaaliturva ymmärretäänkin yhä selvemmin myös investointina työvoimaan. Myös koulutuksella on talouteen positiivinen vaikutus. Peruskoulutuksen lisäksi aikuisajan työkokemus sekä jälleen- ja uudelleen koulutus koko työuran aikana lisäävät työnteon tehokkuutta, myöhentävät työstä luopumista ja kasvattavat osaamispääomaa.

Terveyden ja toimintakyvyn sekä työntekijöiden osaamisen ja työkyvyn vahvistaminen ovat tärkeitä sekä kansalaisten jokapäiväisen hyvinvoinnin että koko yhteiskunnan kannalta. Ensisijaisesti terveydentilaan vaikuttavat perimän ohella omat elintavat. Sen vuoksi yksilöillä itsellään on suurin vastuu terveydestään ja työ- ja toimintakyvystään. Julkisen vallan tehtävänä on tukea kansalaisten terveyden ja työkyvyn ylläpitoa kaikissa elinvaiheissa vähentämällä niihin liittyviä riskitekijöitä ja luomalla terveellisiä valintoja tukevia ympäristöjä. Sairauden sattuessa tai toimintakyvyn heiketessä kaikilla on oikeus hoito- ja hoivapalveluihin ja heikompiolosaisista pidetään aina yhteisvastuullisesti huolta.

Sosiaaliturva helpottaa työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista jakaessaan vastuuta omaisten hyvinvoinnista huolehtimisesta. Työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen – oli kyse sitten pienistä lapsista tai omista vanhemmista huolehtiminen – voi vaikuttaa myönteisesti yhtäältä työllisyyteen ja toisaalta syntyvyyteen. Julkiset hyvinvointipalvelut, kuten esimerkiksi päivähoitojärjestelmä ja kouluruokailu, ovat tehneet naisten työssäkäynnin mahdolliseksi. Koska vanhemmilla on mahdollisuus valita lasten hoitojärjestelyt, voivat he osallistua työelämään ja olla silti hyviä vanhempia. Toimivien palvelujen lisäksi yksilöllisten sosiaalivakuutus-oikeuksien ja erillisverotuksen on todettu lisäävän myös pienten lasten äitien osallistumista työelämään. Naisten korkea osallistumisaste työmarkkinoille ja kokopäiväinen työskentely ovatkin Suomen työmarkkinoille tyypillisiä piirteitä.

Sosiaaliturva takaa sosiaalisten riskien sattuessa kansalaisille suhteellisen vakaan ostovoiman ja tasoittaa siten kysynnän heilahteluita kansantalouden eri suhdannevaiheissa. Sosiaaliturvalla on kokonaisuutena ottaen myönteinen vaikutus työllisyyteen sen vuoksi, että etuudensaajien kulutusalttius on yleensä korkea. Tulojen uudelleenjakoa lisää koko kansantalouden keskimääräistä kulutusalttiutta, mikä johtaa kysynnän kasvuun ja sen myötä työllisyyden lisääntymiseen.

Jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä sosiaaliturvan ja turvaverkkojen tarve korostuu. Globalisoituvassa maailmassa tarvitaan sosiaaliturvaa, joka vähentää muutoksiin liittyvää epävarmuutta ja lievittää taloudellisen murroksen aiheuttamia sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Samanaikaisesti globaali talous ja kilpailun kiihtyminen asettavat sosiaaliturvalle entistä suurempia vaatimuksia. Hyvinvointiyhteiskunnan on oltava en-

tistä dynaamisempi, jotta se voisi antaa turvan myös uudenlaisten sosiaalisten ja taloudellisten riskien varalta. Lisäksi sosiaaliturvan kannustavuus, sen taloudellinen tehokkuus ja kyky tukea talouden tasapainoista kehitystä nousevat aiempaa tärkeämmiksi.

Sosiaaliturva ja tasapainoinen taloudellinen kasvu

- Sosiaaliturva lisää koko väestön hyvinvointia ja tasa-arvoa
- Sosiaaliturva integroi kansalaiset yhteisöön
- Sosiaaliturva tasoittaa suhdannevaihteluja
- Sosiaaliturva kannustaa työntekoon ja omatoimisuuteen
- Sosiaali- ja terveydenhuolto turvataan kaikille kansalaisille
- Sosiaaliturva auttaa mukautumaan muuttuvan toimintaympäristön vaatimuksiin

Oikeudenmukaisuus versus tehokkuus

Markkinatalous voi parhaimmillaan johtaa tehokkaaseen toimintaan, mutta ei välttämättä oikeudenmukaisuuden toteutumiseen. Jälkimmäisestä tehtävästä huolehtiminen jää julkisen sektorin tehtäväksi. Toisaalta kun julkinen sektori kasvaa, kasvavat myös sosiaalimenot ja niiden myötä verot ja maksut. Vaikka verotuloilla voidaan edistää hyvinvoinnin tasaisempaa jakautumista, verotuksen ja sosiaaliturvamaksujen kasvu muuttaa talouden hintasuhteita ja voi sitä kautta vaikuttaa haitallisesti tuotantoon, investointeihin ja työllisyyteen. Korkean verokiilan myötä kansantalouden tehokkuus kärsii, mikä puolestaan voi johtaa kansantuotteen laskuun ja sitä kautta hyvinvoinnin kokonaistason alenemiseen. Asiasta ei ole kuitenkaan yksiselitteistä empiiristä näyttöä (Suoniemi ym. 2003).

Kansalaisten veronmaksutahto riippuu siitä, miten he kokevat saavansa palveluja ja tulonsiirtoja maksamiensa verojen vastineeksi. Julkinen palvelutarjonta voi siten lieventää vero- ja tulonsiirtopolitiikan kannustinongelmia. Mieli-pidekyselyjen mukaan kansalaiset arvostavat Suomen sosiaaliturvajärjestelmää ja sillä on kansalaisten laaja kannatus.

Talouskasvu ja sosiaalinen kehitys ovat monin tavoin sidoksissa toisiinsa. Hyvin toimiva tuotanto ja talouselämä luovat hyvinvointiyhteiskunnan toiminnan ja rahoituksen edellytykset, kun taas sosiaaliturva tukee puolestaan yhteiskunnan ja talouden tasapainoista kehitystä.

Kansantalouden varallisuuden kasvaminen ei sinänsä takaa oikeudenmukaisuuden toteutumista yhteiskunnassa. Hyvinvoinnin kestävydestä huolehtiminen sisältää myös tavoitteet sen suhteen, että vero- ja maksurasitus pysyvät kohtuullisena ja että kasvavat eläke- ja hoitomenot eivät syrjäytä muuta oleellista toimintaa. Hyvinvoinnin tulee olla myös sosiaalisesti kestävällä pohjalla ja kansalaisilla on oltava tunne oikeudenmukaisesta ja reilusta yhteiskunnasta. Hyvinvointiyhteiskunta toimii parhaiten juuri silloin, kun sekä sosiaaliset että taloudelliset tavoitteet voidaan yhdistää mahdollisimman hyvin.

Hyvinvointiyhteiskunnan toiminnan olisi oltava tehokasta yhtäältä niin, että sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen pysyy sellaisena, etteivät sosiaalimenot aiheuta vääristymiä kansalaisten ja yhteiskunnan toiminnassa. Toisaalta sosiaaliturvan olisi oltava tehokas myös siinä mielessä, että se ohjaa kansalaisia päätöksentekotilanteissa järkeviin valintoihin. Sosiaaliturvaa uudistettaessa on tärkeää pitää tavoitteena sitä, että so-

siaaliturva ja talouspolitiikka tukevat toisiaan. Sosiaaliturvan järjestämisvastuiden on oltava selkeät ja toimivat, toiminnan tehokasta ja rahoituksen kestäväällä perustalla.

Sosiaaliturva voidaan organisoida periaatteessa kahdella tavalla; joko turvata tietyn tason sosiaaliturva kaikille kansalaisille tai suunnata se pelkästään eniten tarvitseville. Sosiaaliturvan oikeaa mitoitusta on haettava näiden ääripäiden väliltä. Jos etuusjärjestelmä on pääasiassa tarveharkintainen, ongelmana on, ettei se saavuta kaikkia ja sen hallintokustannukset ovat korkeat. Toisaalta täysin kattava, lähes kaikki riskit kompensoiva sosiaaliturva on kallis sen vuoksi, että sellaisetkin saavat etuuksia, jotka eivät niitä tarvitsisi.

Universaalin sosiaaliturvan maissa verotus on yleensä korkeampaa. Toisaalta verrattaessa esimerkiksi Pohjoismaiden ja Yhdysvaltojen terveydenhuollon menoja, havaitaan, että yhteenlaskettuna Yhdysvaltojen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon menot kansalaisia kohti ovat korkeammat kuin Suomessa. Julkisen vallan järjestämä terveydenhuolto näyttää siten tulevan edullisemmaksi ja kattaa lisäksi kaikki kansalaiset.

Miksi julkista sosiaalivakuutusta tarvitaan

Yksityinen, vapaaehtoinen vakuutus ei voi yksinään huolehtia esimerkiksi työttömyyteen liittyvistä riskeistä, koska vakuuttajalla ei ole täydellistä tietoa vakuutetun käyttäytymisestä eikä se näin ollen pysty arvioimaan työttömyyden todennäköisyyttä, joka on vakuutusmaksun määräytymisen kannalta keskeinen. Yksityiseen työttömyysvakuutukseen sisältyvät sekä vakuutettujen epäedullisen valikoitumisen (adverse selection) että moraalikadon (moral hazard) riskit.

Ensinnäkin jos jonkun riski joutua työttömäksi on suuri, on hänellä myös suurempi syy hankkia työttömyysvakuutus. Jos vakuuttaja puolestaan ei pysty arvioimaan vakuutettujen riskitasoa, ei eri ihmisiltä voida periä erilaisiin riskeihin pohjautuvia vakuutusmaksuja, vaan kaikilta on perittävä sama, keskimääräiseen riskitasoon perustuva maksu. Jos yksityinen vakuutusyhtiö tarjoaisi työttömyysvakuutuksia, olisi sen voittoa saadakseen asetettava vakuutusmaksut suhteellisen korkeiksi. Se puolestaan karkottaisi sellaiset asiakkaat, joiden riskitaso on alhainen.

Tämä vakuutettujen epäedullinen valikoituminen johtaa siihen, että yksityisillä vakuutusmarkkinoilla osa väestöstä ei saa täyttä vakuutusturvaa. Ongelma voidaan ratkaista osittain siten, että vakuutuksesta tehdään kaikille pakollinen sosiaalivakuutus. Näin työttömyysvakuutuksen julkinen tarjonta mahdollistaa tehokkuuden lisäämisen yhteiskunnassa.

Toiseksi vakuuttajan puutteellinen tietämys vakuutettavan käyttäytymisestä voi johtaa moral hazard –ongelmaan silloin, kun vakuutettu voi itse vaikuttaa riskin toteutumiseen ja odotettavissa olevan vahingon suuruuteen.¹ Jos esimerkiksi työttömyysvakuutuksesta saatava korvaus on hyvä, työttömäksi joutunut työntekijä saattaa kokea houkuttelevaksi pysyä pidempään työttömänä, mutta samanaikaisesti vakuuttajan on vaikea määritellä, milloin työntekijä on aidosti työtön. Se johtaa ylivakuuttamiseen ja aiheuttaa yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna tehottomuutta. Ongelma koskee sekä julkista että yksityistä työttömyysvakuutusta, mutta yksityisvakuutuksessa ongelma on hankalampi sen vuoksi, että työttömyysvakuutustoimintaa on vaikea nähdä liiketaloudellisesti houkuttelevana. Tällöin

julkisen sektorin tehtäväksi jää järjestää pakollinen sosiaalivakuutus työttömyyttä vastaan, joskaan sekään ei kykene poistamaan moral hazard –ongelmaa kokonaan.

Sairausvakuutuksessa informaatio on vieläkin epätäydellisempää sen vuoksi, että terveyttä on vaikea määritellä ja mitata yksiselitteisesti. Moral hazard –ilmiön vuoksi vakuuttaminen sairauksia vastaan on tehotonta kahdesta syystä. Ensinnäkin täydellisesti vakuutetuilla ihmisillä on taipumus huolehtia terveydestään vähemmän kuin siinä tapauksessa, että heidän olisi itse kannettava riski kokonaan. Toiseksi jos vakuutustapahtuma korvataan jälkikäteen ja lähes täysimääräisenä, se rohkaisee sekä lääkäreitä että asiakkaita toimimaan, ikään kuin hoito olisi ilmaista. Mitä suurempi on korvausaste, sitä vähemmän osapuolet joutuvat kantamaan toimintansa seurauksia. Se johtaa sosiaali- ja terveystalouden liialliseen kulutukseen, josta hyvänä esimerkkinä ovat nuorisovakuutukset Suomessa 1980-luvulla.

Barr'in (1993) mukaan koko hyvinvointiyhteiskunnan toiminta on tehotonta ja menojen kontrollointi vaikeaa, jos tuottaja ja kuluttaja eivät kumpikaan havaitse toimintansa aiheuttamia kustannuksia. Hyvinvointipalvelujen tuotannon tehokkuus riippuu olennaisesti säätelemekanismeista.

Markkinat eivät välttämättä aina toimi tehokkaasti senkään vuoksi, että terveydenhuollon asiakkaiden tietämys palveluiden ja tuotteiden laadusta ja hinnoista on puutteellista. Heidän asiantuntemuksena ei yleensä riitä siihen, että he kykenisivät tekemään valintoja erilaisten terveydenhoitotoimenpiteiden välillä. Toisaalta lääketieteen luonteesta johtuen myöskään lääkärit eivät aina voi olla varmoja hoidon onnistumisesta. Epätäydellinen informaatio ja huonojen valintojen mahdollisesti aiheuttamat suuremmat kustannukset ovat siten perustelua julkisen hallinnon laadun valvonnan tarpeelle.

Yleisesti ottaen kilpailu markkinoilla yhtäältä alentaa kustannuksia ja toisaalta lisää tehokkuutta, joustavuutta ja kuluttajan valinnanmahdollisuuksia. Sekä teoria että käytännön esimerkit osoittavat kuitenkin, että pelkästään yksityisen sektorin järjestämä terveydenhuolto ja vakuutus sosiaalisia riskejä vastaan olisivat tehottomia ja epäoikeudenmukaisia. Toisaalta aivan samoin kuin markkinat, voi julkinen sektorikin toimia tehokkaasti tai tehottomasti.

Työnteon kannustaminen

Kun väestön ikärakenne muuttuu, työllisyysasteen kohottaminen ja työttömyyden alentaminen ovat sosiaaliturvan rahoituksen kestävyysnäkökulmasta keskeisiä haasteita. Sen vuoksi ikääntyvässä yhteiskunnassa on entistä tärkeämpää, että työntekeä on aina ensisijassa sosiaaliturvaan nähden. Myös syrjäytymisen ehkäisyssä työllisyyden merkitys on keskeinen.

Hyvinvointipolitiikka on luonut työikäiselle väestölle edellytykset osallistua työelämään. Koska etuudet on suureksi osaksi sidottu ansiotyöhön, se kannustaa kansalaisia osallistumaan työmarkkinoille. Toisaalta verotuksen ja maksujen korkea taso voi johtaa siihen, että työnteon kannusteet heikkenevät.

Kannustinloukkuja voi ilmetä kahdella tavalla. Tulosidonnaiset sosiaalietuudet, palvelumaksut ja verotus voivat yhdessä johtaa tuloloukkuun, kun bruttotulojen kasvaessa ve-

rotusprosentti kohoaa, tuet alenevat ja tulosidonnaiset maksut kasvavat. Työttömyysloukusta puolestaan on kyse silloin, kun siirryttäessä työttömyysturvalta työhön käytävissä olevat tulot eivät nouse lainkaan tai ehkä jopa pienentyvät. Kynnispalkka, jolla työtön on halukas vastaanottamaan työtä, riippuu sosiaaliturvan tasosta ja saamisperusteista. Mitä suuremmat etuudet ovat, sitä korkeammaksi nousee kynnispalkkavaatimus.

Kynnispalkan kanssa rinnakkainen mittari on korvausaste, joka ilmaisee, kuinka paljon henkilö ansaitsee työttömänä ollessaan verrattuna työssäoloon. Kynnispalkka- ja korvausastelaskelmat riippuvat perherakenteesta, palkasta, verotuksesta ja etuuksista. Tulonsiirroista selvimmin kannustinloukkuja synnyttäviä etuuksia ovat toimeentulotuki, asumistuki ja työttömyysturvaetuudet.

Tuloverotuksen, sosiaalisten etuuksien ja tulonsiirtojen, maksujen ja palvelujen on muodostettava toimiva kokonaisuus, joka kannustaa työhön osallistumiseen ja työssä pysymiseen. Työnteon tulee kannattaa aina myös taloudellisesti siten, että työhön meneminen, työssäolo ja työhön paluu lisäävät käytettävissä olevia tuloja. Sosiaaliturvan, verotuksen, aktiivisen työvoimapolitiikan ja perhepolitiikan on tuettava työttömien haakeutumista koulutukseen, kuntoutukseen ja muihin aktiivitoimenpiteisiin, joiden selkeänä tavoitteena tulee olla henkilöiden työkyvyn ja työmarkkinakelpoisuuden parantaminen ja palaaminen avoimille työmarkkinoille.

Kannustavan sosiaaliturvan tavoitteena on yhdessä työelämän uudistamisen kanssa lisätä aktiivisia työvuosia, edistää työssä jaksamista, parantaa työn hallintaa, vahvistaa hyvinvointia työelämässä ja varmistaa, että työntekijä voi siirtyä terveenä eläkkeelle. Tavoitteena on kannustaa kansalaisia myös omaehtoiseen ponnisteluun hyvinvointinsa edistämiseksi.

Kun suunnitellaan työnteon kannustavuutta lisääviä toimenpiteitä, on otettava huomioon kolme tekijää. Ensiksikin on pyrittävä lisäämään työvoiman tarjontaa. Työttömyysloukkuja, tuloloukkuja ja köyhyysloukkuja tulisi vähentää, jotta työvoimaan osallistuminen ja työllisyysaste kohoaisivat ja riippuvuus sosiaalietuuksista alenisi. Toiseksi sosiaaliturvalla ja tulosidonnaisilla etuuksilla on merkittävä rooli köyhyyden torjunnassa. Kolmanneksi työnteon kannusteiden parantamiseen tähtäävien toimenpiteiden tulisi olla kustannustehokkaita ja linjassa budjettirajoitteiden kanssa. Tasapainottelu työn tarjonnan lisäämisen, köyhyyden torjumisen ja toimenpiteiden budjettivaikutusten välillä on haastavaa. Jos yhden tavoitteen kohdalla onnistutaan, voidaan törmätä ongelmiin kahden muun kohdalla. Ei ole olemassa yhtä yksittäistä toimenpidettä, joka lisäisi työnteon kannustavuutta kaikilla henkilöillä ja kaikissa tilanteissa.

Palkkatulojen ja sosiaalietuuksien väliseen marginaaliin voidaan vaikuttaa työntekijöiden työn tarjontaan (esimerkiksi palkka, palkkatulojen verotus, työntekijöiden sosiaalivakuutusmaksut, sosiaalietuudet) ja työvoiman kysyntään (esim. välilliset työvoimakustannukset) suunnatuilla toimenpiteillä. Sekä tuloverotuksen keventäminen ja sosiaalietuuksien tason alentaminen johtavat sosiaaliturvan varassa elävien toimeentulon suhteelliseen heikkenemiseen ja tuloerojen kasvuun. Kannustimien parantaminen voi siten lyhyellä tähtäyksellä olla ristiriidassa sosiaaliturvan perustavoitteiden kanssa. On yhteiskunnallinen arvovalinta, mikä on oikea tasapaino kannustavuuden ja tuloerojen välillä – tai vaihtoehtoisesti, tehokkuuden ja oikeamukaisuuden välillä.

Aktivoiva järjestelmä sisältää sekä kannustavia että rajoittavia piirteitä. Sosiaaliturvan tulee pikemminkin toimia ponnahduslautana työelämään kuin tarjota väyliä ulos työmarkkinoilta (*Making work pay*).

Kannustava sosiaaliturva rohkaisee kansalaisia omatoimisuuteen ja osaamisen kartuttamiseen, joita työmarkkinoilla vaaditaan teknologisen kehityksen ja globalisaation myötä entistä enemmän. Kannustava sosiaaliturva tukee myös sellaista riskinottoa, joka rohkaisee kansalaisia hyviin siirtymiin työmarkkinoilla ja ehkäisee huonoja siirtymiä (*Making transitions pay*). Hyvinvointiyhteiskunnan vaativana haasteena on vastata osaltaan lisääntyviin työmarkkinoiden liikkuvuus- ja joustavuusvaatimukseen, mutta poistaa toisaalta epävarmuutta, joita ne työntekijöille aiheuttavat.

Lisäongelmia tarkasteluun tuo se, että työn tarjonnassa on yksilökohtaisia eroja, jotka eivät johdu pelkästään taloudellisista tekijöistä. Lisäksi työllistymismahdollisuudet vaihtelevat suhdannetilanteen mukaan. Jos työttömyys johtuu suurelta osin työvoiman kysynnän puutteesta, ei työntekijöiden työn kannustaminen yksinään ratkaise ongelmaa. Tällöin tarvitaan myös työnantajan kannusteiden parantamista. Sikäli kuin työttömyyden syynä on työvoiman kysynnän ja tarjonnan heikko yhteensopivuus, on myös tarpeen kannustaa työntekijöitä kohentamaan työkykyään ja osaamistaan sekä työnantajia tukemaan tätä toimintaa.

Työtulojen kasvattamisenkaan vaikutukset työvoiman käyttäytymiseen eivät ole suoraviivaisia. Miten yksilö reagoi siihen, että palkan tai eläkkeen korotuksella yritetään kannustaa häntä tekemään enemmän työtä tai jatkamaan työelämässä pidempään? Ansioiden kasvulla on kaksi toisilleen vastakkaista vaikutusta. Yhtäältä ansioiden nousu tekee työnteosta taloudellisesti palkitsevamman vaihtoehdon ja voi lisätä työn tarjontaa. Toisaalta ansioiden kasvu lisää samalla myös käytettävissä olevia tuloja ja tulojen kasvu lisää yleensä kaikkien hyödykkeiden, myös vapaa-ajan kysyntää ja voi siten vähentää työn tarjontaa. Etukäteen on vaikea arvioida, kumpi vaikutus näistä kulloisessakin tilanteessa on voimakkaampi. Lopputulos riippuu monesta tekijästä, ennen kaikkea yksilön omista arvostuksista.

Empiiriset tutkimukset vahvistavat käsitystä, että taloudellisilla kannustimilla on merkitystä työllistymisessä. Mikäli työntekijä ei saa työnteosta taloudellista hyötyä verrattuna etuudella oloon, heikkenee työn tarjonta ja työmarkkinat toimivat tehottomasti. Loukut ja työmarkkinoiden epätasapaino voivat johtaa siihen, että harmaat työmarkkinat ja veronkierto lisääntyvät yhteiskunnassa. Resurssien vajaakäyttö merkitsee kansantalouden tehotonta toimintaa ja vaikeuttaa sosiaaliturvan rahoitusta.

Käytännössä kannustinloukkujen yleisyyttä on vaikea osoittaa yksiselitteisesti. Tarkastelut perustuvat yleensä erilaisia esimerkkiperheitä koskeviin laskelmiin. Usein on tultu siihen tulokseen, että kannustinloukku on erityisesti nuorten lapsiperheiden ongelma. Yhtenä vaikeutena näissä laskelmissa on se, miten lisääntynyttä vapaa-aikaa arvostetaan, jos palkka ylittää vain niukasti sosiaalietuuksien antaman turvan. Esimerkkitapausten perusteella ei voida myöskään selvittää, miten suurta joukkoa kannustinloukut koskevat.

Vaikka kannustinloukut eivät olisikaan suuria tai niitä ei esiintyisi paljoa, on tärkeää, että hyvinvointijärjestelmän kannustimet toimivat oikeansuuntaisesti. Hyvinvointiyhteis-

kunnan kannustinjärjestelmää testataan käytännössä päivittäin. Esimerkiksi työntekijän joutuessa työttömäksi hän on sen päätöksen edessä, etsiikö hän koulutustaan ja ammatiaan vastaavaa työtä vai jotakin väliaikaista työsuhdetta tai hakeutuuko esimerkiksi lisäkoulutukseen.

Viime vuosina sosiaaliturvan kannustavuutta on lisätty niin, että se tukee paremmin työntekoa ja työllistymistä, koulutusta, työ- ja toimintakyvyn ylläpitoa ja kuntoutusta. Muutoksia on tehty sekä verotuksessa, etuuksissa että maksujärjestelmässä. Uudistuksia on tehty tuloverotukseen, työttömyysetuuksiin, lastenhoidon tukiin ja hoitomaksuihin, yleiseen asumistukeen ja toimeentulotukeen. Työnhakua on aktivoitu, työssäkäyntialueita laajennettu ja työmatkavähennystä lisätty. Näiden toimenpiteiden kääntöpuolena on, että työelämän ulkopuolella olevien tulotaso on jäänyt jälkeen työssäkäyvien tulotason kehityksestä.

Kannustavuus sosiaali- ja terveystalouseläin

Erilaisilla kannustimilla on vaikutusta myös sosiaali- ja terveyssektorin toimintaan. Palvelusektorin toimintaan vaikuttavista kannustimista osa on taloudellisia kuten rahoitusratkaisut ja tuottajien toiminnan korvauserusteet. Myös muilla kuin taloudellisilla tekijöillä kuten lainsäädännöllä, toiminnan tuloksia koskevan informaation jakamisella ja täydennyskoulutusmahdollisuuksilla on selviä kannustinvaikutuksia.

Kuntia ja palvelujen tuottajia voidaan kannustaa toimimaan halutulla tavalla asettamalla tavoitteita ja antamalla suosituksia, tietoa ja toimintamalleja paikallisen toiminnan tukemiseksi. Säädös- ja resurssiohjausta käytetään silloin, kun haluttuja tavoitteita ei voida muutoin saavuttaa kohtuullisessa ajassa tai yhdenvertainen palvelujen saatavuus on uhattuna.

Sosiaali- ja terveystalueluiden järjestämisessä esiintyy runsaasti muutospaineita. Väestö ikääntyy ja keskittyy suurten kaupunkien ympärille. Myös teknologisen kehityksen myötä palvelujen tarjontaverkkoa voidaan tarkistaa. Samaan aikaan on myös tarvetta suurentaa joidenkin toimintojen tuottajien kokoa erikoistumisen etujen hyödyntämiseksi. Mahdolliset vaikeudet saada osaavaa työvoimaa nopeuttanevat tätä kehitystä.

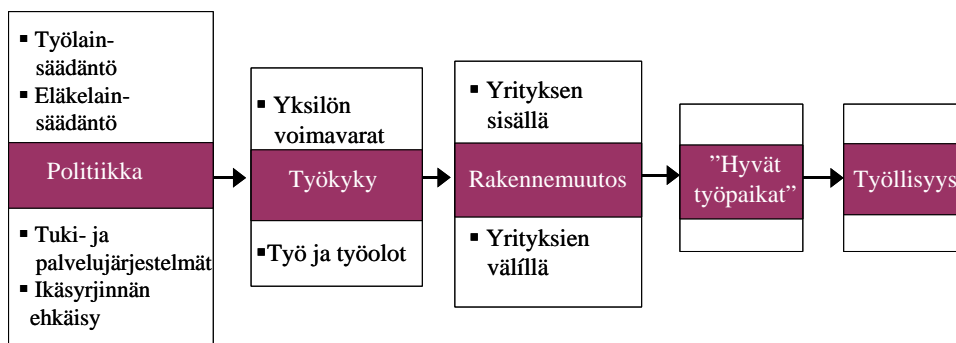
Hyvältä terveydenhoitojärjestelmästä edellytetään sitä, että palvelut ovat kaikkien saatavilla tuloista ja asuinpaikasta riippumatta, hoito on tehokasta ja tehokkaasti järjestetty ja että palvelut ovat hyvälaatuisia. Myös kustannuskehitys on pidettävä hallinnassa.

Uusia kannustimia harkittaessa on hyvä erottaa myös se, ketä kannustetaan. Kannusteet voivat kohdistua palveluiden ostajiin, tuottajiin tai käyttäjiin ja näiden välisiin suhteisiin. Kannusteilla voidaan myös vaikuttaa palveluiden rahoitusjärjestelmien toimivuuteen. Esimerkiksi sairausvakuutusjärjestelmä luo vääränlaisia kannusteita kunnille ja muille osapuolille. Koska sairausvakuutus ei kata laitoksissa olevien lääkekustannuksia, kannustaa tämä kuntia etsimään ratkaisuja, joilla lääkekulut voidaan siirtää asiakkaiden ja Kansaneläkelaitoksen rahoitettaviksi.

1.5 Tuottavuus, työllisyys ja työkyky

Työn tuottavuuden kehitys on selittänyt yli kaksi kolmasosaa talouden kasvusta parina viime vuosikymmenenä. Tuottavuus määrittyy pitkälle työkyvyn kautta. Työkyvyllä tarkoitetaan sekä yksilöön että työhön liittyvien tekijöiden kokonaisuutta, jotka ovat tärkeitä työntekijän kyvyille suoriutua työelämässä. Työkyky nähdään prosessina, jossa yksilön voimavarat ja työ ovat vuorovaikutuksessa. Työkyky kehittyy työpaikkatasolla, ja sitä voidaan tukea erilaisilla tuki- ja palvelujärjestelmillä, työ- ja eläkelainsäädännöllä sekä yhteiskunnassa vallalla olevilla arvoilla ja asenteilla. Nämä vaikuttavat yrityksen rekrytointipäätöksiin ja kotitalouksien päätöksiin tarjota työvoimaansa. Yksilön työllistyvyyteen vaikuttavat sekä yritystason että politiikkatason toimet (kuvio 9).

Kuvio 9. Työkyky, työllistyvyys ja työllisyys

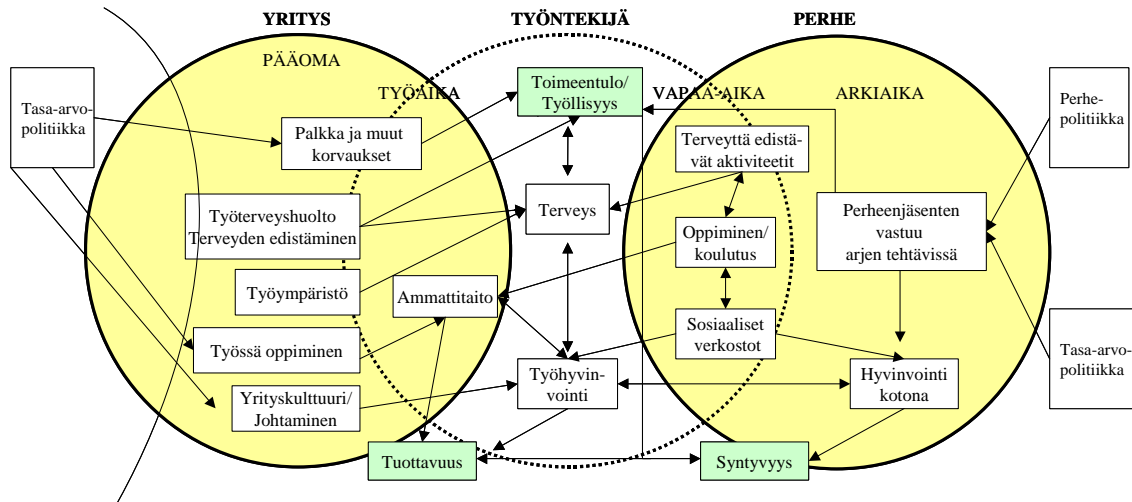


Henkilöstön hyvä työkyky edistää yritysten sopeutumista maapalloistumisen, teknologian ja ikääntymisen haasteisiin, mikä luo hyviä työpaikkoja ja ylläpitää korkeaa työllisyyttä.

Tuottavuus ja kansakunnan kilpailukyky eivät määräydy vain yrityksen sisällä, vaan hyvinvointipolitiikalla – sosiaali- ja terveystaloudella sekä koulutuspolitiikalla – on huomattava vaikutus Suomessa toimivien yritysten menestykseen. Harjoitettava hyvinvointipolitiikka vaikuttaa työvoiman tarjonnan laatuun ja määrään sekä väestön ikärakenteeseen. Yritysten vastinpariksi tulevat kotitaloudet, joiden vastuulla on työvoiman tarjonta.

Kuviossa 10 on havainnollistettu työ- ja perhe-elämän välisiä yhteyksiä. Useat tuottavuuteen vaikuttavat tekijät kuten terveys, ammattitaito ja työhyvinvointi eivät määräydy vain työelämän piirissä. Perhepolitiikka ja tasa-arvopolitiikka vaikuttavat merkittävästi näihin tuottavuuden kannalta merkittäviin tekijöihin.

Kuvio 10. Työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen



Yritystason näkemys

Henkilön tuottavuus riippuu sekä työntekijän ominaisuuksista että yrityksen kyvystä käyttää ja kehittää henkilöstöään. Yritys ja sen henkilöstö toimivat keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Yritykset investoivat henkilöstöönsä ja vastavuoroisesti työntekijät vaikuttavat toimillaan ei vain yrityksen menestykseen vaan sen kulttuuriin ja johtamisstrategioihin.

Yrityksen investoinnit henkilöstöön kattavat a) palkka- ja muut korvaukset, b) työterveys ja työsuojeluinvestoinnit, työympäristöinvestoinnit ja c) työtaitojen kehittämisinvestoinnit ml. työssä oppiminen vastaamaan teknologisia haasteita. Yrityksen kulttuuri ja johtaminen vaikuttavat työhyvinvointiin.

Työhyvinvointi on ehkä merkittävin yksittäinen tuottavuuteen vaikuttava tekijä. Työhyvinvointi sisältää yrityksen ja sen henkilöstön keskinäisen luottamuksen. Luottamus näkyy yrityksen tavasta sopeuttaa toimintansa ikärakenteen, globalisaation sekä teknologian ja taloudellisen kehityksen asettamiin haasteisiin. Tähän vaikuttaa osaltaan eläke- ja muu sosiaaliturvalainsäädäntö. Työpaikan epävarmuus vaikuttaa henkilöstön asenteisiin ja motivaatioon huolehtia terveydestään ja ammattitaidostaan.

Työhyvinvointi on määräävä tekijä henkilön päättäessä, haluaako hän jatkaa työelämässä vai pyrkiikö hän jotakin väylää pitkin työelämän ulkopuolelle. Haastattelujen mukaan työhyvinvointi kannustaa työssä pysymiseen enemmän kuin palkka.

Yrityksen näkökulmasta henkilön tuottavuuden tulee olla vähintään yhtä korkea kuin häneen kohdistuvat menoerät yrityksen taseessa. Normaleilla työmarkkinoilla vain riittävän tuottavilla henkilöillä on elintilaa.

Työntekijä käyttää ja soveltaa voimavarojaan työssä. Voimavarat koostuvat osaamisesta, terveydestä ja kyvystä tulla toimeen muiden ihmisten kanssa. Näihin vaikuttavat työyhteisö, työympäristö sekä työn fyysiset ja henkiset vaatimukset. Näiden tekijöiden vaikutus voimistuu iän myötä. Ikääntyneissä, 55+-vuotiaissa, terveys ja toimintakyky selit-

tävät työssä menestymistä jopa enemmän kuin kompetenssi. Terveys ja työntekijöiden kompetenssi ovat kumpikin hyvän tuottavuuskehityksen takuina.

Perhetason näkemys

Perhe on tärkeä työkykyyn vaikuttava tekijä. Vaikutukset tulevat inhimillisen pääoman kolmen ulottuvuuden – fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen pääoman – kautta. Perheen saama palkkatulo ei ole ainoa eikä aina tärkein tekijä päätökseen tarjota työtä. Työntekijän kokemat velvoitteet työelämän ulkopuolella vaikuttavat työvoiman tarjontaan. Esimerkiksi hoitovelvoitteet omia vanhempia, lapsia tai puolisoa kohtaan voivat olla työelämästä poistumisen taustalla.

Perhepolitiikka lasten päivähoitopalveluineen luo perustan naisten tasa-arvoiselle osallistumiselle työelämään. Perheenjäsenien keskinäinen vastuu arjen tehtävistä luo perheen sisäistä hyvinvointia ja keskinäistä tasa-arvoa, jolla on suora vaikutus työhyvinvointiin.

Perheen hyvinvointi vaikuttaa myös syntyvyyteen. Naisilla on miehiä yleisemmin tilapäisiä osa-aikatöitä, mikä vaikeuttaa naisten kiinnittymistä työelämään. Synnytykset siirtyvät yhä myöhäisemmälle iälle. Koulutustaso vaikuttaa osaltaan synnytysikään. Kun keski-ikäisistä naisista noin 85 prosentilla on lapsia, korkeasti koulutetuista vastaavan ikäisistä naisista 77 prosentilla on lapsia. Lapsettomuuden arvioidaan lisääntyvän tulevaisuudessa.

Hyvin organisoidut perheen perustehtävät sallivat kaikille perheenjäsenille mahdollisuuden harrastaa terveyttä edistäviä aktiviteetteja, kouluttautua ja ylläpitää sosiaalisia verkostojaan. Näillä on suora vaikutus työkykyä selittäviin muuttujiin kuten terveys ja ammattitaito. Sosiaalisesti kestävä kehityksen näkökulmasta henkilön ajankäyttö työhön, arjen askareisiin ja virkistäytymiseen tulee olla tasapainossa. Tasapaino vaihtelee ihmisen elinkaaren aikana.

Perheen sisällä tulee olla tasapaino työajan, vapaa-ajan ja arkiajan kesken. Tämä luo mahdollisuuden työ- ja perhe-elämän tasapainoiseen yhdistämiseen. Perhe- ja tasa-arvopolitiikka edesauttavat tasapainojen löytämistä. Perhe- ja tasa-arvopolitiikka ovat keskeisiä välineitä pyrittäessä saavuttamaan ripeä tuottavuuden kasvu, korkea työllisyys ja tasapainoinen väestörakenne.

1.6 Tuottavuuden käsitteet ja määritelmät

Kansantalouden tilinpidon tuottavuuskäsitteen mukaan julkisen sektorin tuottavuus on alentunut viime vuosina. Myös monien tutkimusten mukaan on niin erikoissairaanhoidon kuin terveystieteiden tuottavuus laskenut viime vuosina. Tutkimuksissa tuottavuutta mitataan sillä kuinka monta suoritetta saadaan aikaan annetulla rahasummalla. Aktiviteetteja ovat suoritettavat leikkaukset, lääkärissä käynnit tai hoitopisodit. Vertailussa pyritään vakioimaan esimerkiksi potilaiden ikärakenne ja hoidon vaativuus. Jos eri tuotantoyksiköiden välillä esiintyy suuria yksikkökustannuseroja, niin kustannuksen hallinnaltaan tehottomien yksiköiden on syytä miettiä ovatko tuotantotavat järkeviä tai kohdennetaanko resursseja oikealla tavalla. Menetelmä soveltuu hyvin yksiköiden kustannustehokkuuden arvioitiin.

Taulukko 4. Valtion ja kuntayhteisöjen palvelujen tuottavuuskehitys

	Menot ¹ 2003 mrd euroa	2000	2001	2002	2003	2004
		tuottavuuden muutos %				
<i>Valtio</i>	9,9					
Kokonaistuottavuus		-0,7	2,8	-1,4	-2,1	0,0
<i>Kuntayhteisöt</i>	12,6					..
Terveyskeskukset	2,6	-0,9	-3,4	-3,7	-3	..
Erikoissairaanhoido	3,6	..	-2,2	0,1	-0,3	..
Vanhusten laitoshoido	1,2	..	-6,4	-0,5	-0,5	..
Kuntien kokonaistuottavuus		-1,8	-2,5	-3,2	-1,5	..
Koulutuspalvelut	5,5	-1,3	-1,5	-3,4	-0,9	..
Peruskoulu	3,2	-2,2	-1,6	-3,7	-0,3	..
Lukio	0,5	-2,9	-2,9	-5,7	-1,6	..
Ammattioppilaitos	0,4	1,0	1,8	-4,0	-3,4	..
Kirjastopalvelut	0,3	-0,5	-0,5	0,3	-0,5	..
Sosiaalipalvelut	6,8	-2,7	-4,5	-3,2	-2,3	..
Lasten päivähoito	2,0	-2,8	-3,8	-3,6	-1,4	..

¹Valtion kulutusmenot kansantalouden tilinpidon mukaan, kuntien toimintamenot kuntien tilinpidon mukaan.
Lähde: Taloudellinen Katsaus 2005, VM

Tällaiset tuottavuusluvut soveltuvat *taloudellisen tehokkuuden* arviointiin, jolloin mitataan suoritteita per resurssimäärä eli suoritteiden yksikkökustannuksia. Yksikkökustannuksia on käytetty tuottavuuden mittarina. Näin mitattuna tuloksena on poikkeuksetta ollut tuottavuuden heikentyminen tarkastelujaksena. Tällainen tarkastelu ei kuitenkaan kerro kovinkaan paljon toiminnan tehokkuudesta.

Tuottavuuden mittaaminen terveydenhuollossa

Allokatiivinen tehokkuus = resurssien tehokas ryhmittely (esim. maantieteellisesti tai operationaalisesti)

Taloudellinen tehokkuus = suoritteita per resurssimäärä, suoritteiden yksikkökustannus

Tekninen tehokkuus eli saanto = suoritteita per tuotantoyksikkö (esim. leikkauksia per tiimi tai sali)

Laatu = tavoitteiden/suosittelujen ja suoritusten laadullinen vastaavuus

Hyöty = resurssikulutuksen vaikutus väestön terveydentilaan

Edellä olevien tuottavuustarkastelujen lisäksi on välttämätöntä tarkastella myös sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden toteutumista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on vähentää sosiaalisia ongelmia sairauden, vaurion ja vammaisuuden taakkaa sekä parantaa ja ylläpitää väestön hyvinvointia, terveydentilaa ja toimintakykyä.

Se, missä määrin suoritteet edistävät asiakkaiden paranemista ja kärsimysten lieventymistä kertovat suoritteiden vaikuttavuudesta eli laadusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuusmittarit eivät kerro esimerkiksi sitä, miten asiakkaiden hoito yhä laajemmin

avohoidossa laitoshoidon sijaan on edistänyt sosiaaliturvan tehokkuutta. Arviointien tulisi kuitenkin antaa käsitys siitä, kuinka hyvin terveydenhuoltomme toimii.

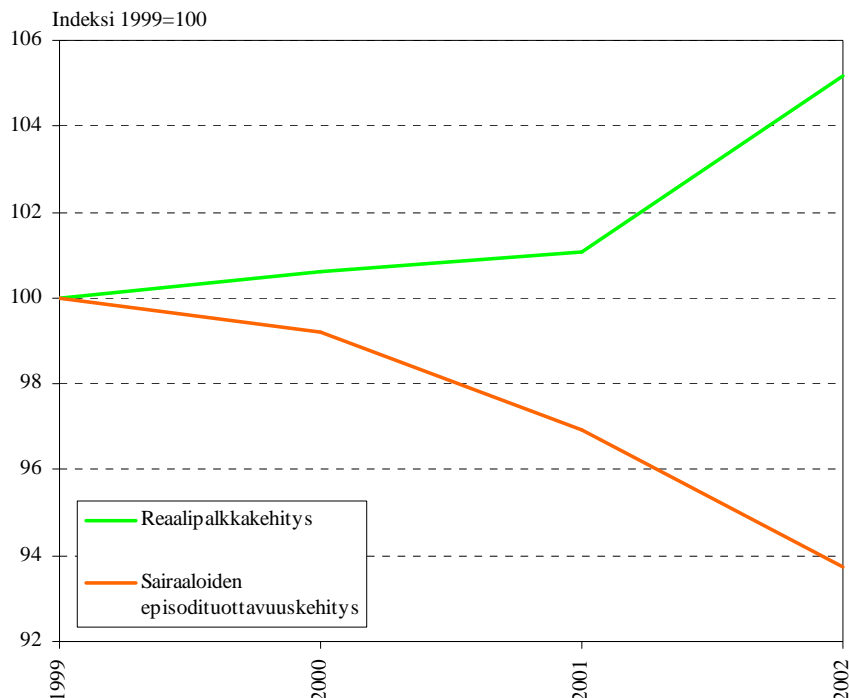
Sosiaali- ja terveystalouden ja yleensäkin julkisten palveluiden tuloksellisuuden mittaaminen jakaantuu kahteen osaan:

- 1) suoritteiden vaikuttavuuden mittaamiseen eli tehdään ”oikeita asioita”
- 2) suoritteet toteutetaan mahdollisimman tehokkaasti

Rajoittuminen vain jompaankumpaan osaan ei anna kuvaa palvelurakenteen suorituskyvystä. Tavoitteena tulisi olla, **että oikeita asioita tehdään mahdollisimman tehokkaasti**.

Tuottavuuden mittaamiseen liittyy useita teknisiä ongelmia, jotka tekevät tuottavuushityksen arvioinnista hankalaa. Esimerkiksi terveyden palvelun laatu on huomattavasti vaikeammin mitattavissa kuin markkinatuotannossa. Tehokas terveydenhuolto tuottaa palvelut ilman ylimääräisiä viiveitä ja sillä on vaikutusta ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Sitä, kuinka nämä tekijät ovat muuttuneet ajan myötä tai vaihtelevat terveyskeskuksesta toiseen, on saatavissa hyvin niukalti tilasto- tai tutkimustietoa eikä niitä siksi ole voitu ottaa huomioon tuottavuuslaskelmissa. Lisäksi näyttäisi siltä, että ainakin vuodesta 1999 alkaen sairaaloiden episodituottavuus selittyisi suurelta osin erikoissairaanhoidon reaalipalkkakehityksellä. (Kuvio 11)

Kuvio 11. Sairaaloiden tuottavuuskehitys ja erikoissairaanhoidon reaalipalkkakehitys vuosina 1999 - 2002



Jos kaupallisilla markkinoilla toimiva (palvelu)yritys mittaa omaa toimintaansa ottamatta laatua huomioon eli vain suoritteilla, yritys joutuu hyvin nopeasti vaikeuksiin, sillä asiakkaat tuntevat kyllä yrityksen tuotteiden laadun. Näin vaillinainen mittaus voi johtaa helposti väärin politiikkasuosituksiin.

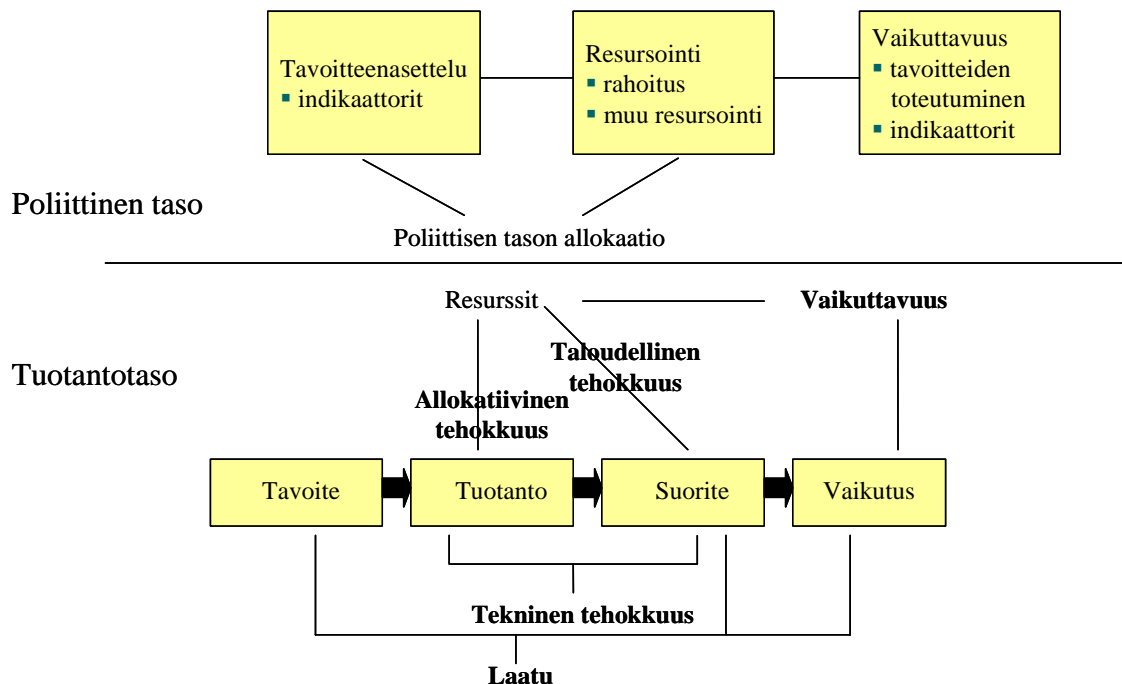
Esimerkiksi Hyksissä on neurologia episodituottavuudella mitattuna heikoin erikoisala, vaikka aivoinfarktin ennuste on Hyksissä parantunut ja 80 prosenttia potilaista tulee toimeen ilman kallista jatkohoitoa samalla, kun kuolleisuus on laskenut alemmalle tasolle kuin missään muualla Suomessa. Tuottavuusmittareissa, kuten episodituottavuudessa hoidon laadun parantumista ei kuitenkaan huomioida.

Vaikuttavuus

Aktiviteettien vaikuttavuus potilaisiin ja aktiviteettien taloudellinen tehokkuus auttavat tuotantoyksikköä jäsentämään voimavarojen jakoa toimintalinjoittain. Tarkastelu lähtee laitoksen (sairaalan) asiakkaiden tarpeista. Kun tarkastelukulma laajentuu kattamaan koko alueen väestöä, poliittisella tasolla joudutaan tekemään päätöksiä voimavarojen jaosta esimerkiksi avo- tai laitoshoitoon.

Poliittiset päätöksentekijät saavat tietoa terveydenhuollon hyödyllisyydestä suurelta osin edellä mainittujen tehokkuus- ja vaikuttavuusmittareiden kautta. Näiden pohjalta päätöksentekijät puolestaan asettavat tavoitteita ja kohdentavat resursseja terveydenhuoltoon. Kysytään kohdentuvatko kansakunnan ja /tai kuntatasolla voimavarat siten että koko alueen väestölle koituisi mahdollisimman suuri hyöty.

Kuvio 12. Terveyspoliittinen päätöksentekoprosessi ja tuotantotason tehokkuuden lajit



Allokaatio

Poliittisella tasolla voimavarat allokoituvat arvioitujen väestön terveyshyötyjen pohjalta. Kysymyksessä onkin poliittinen allokointi poliittisine prioriteetteineen. Poliittisen tason allokatiiviseen tehokkuuteen pyritään esimerkiksi päätöksillä resurssien jaosta ennaltaehkäisyyn, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Allokatiiiviseen tehokkuuteen voidaan pyrkiä myös maantieteellisellä ja toiminnallisella tasolla, esimerkkinä käynnissä oleva kunta- ja palvelurakennemuutoshanke. Käytössä oleva teknologia voi määrittää allokation tason, esimerkiksi kalliit magneettikuvauslaitteet on järkevää keskittää alueellisesti, kun taas halvempia röntgenlaitteistoja voi olla jokaisessa terveyskeskuksessa. Tuotannollisella tasolla allokatiivisella tehokkuudella ymmärretään resurssien tehokas ryhmittely tuotantoprosessin optimoimiseksi.

Silloin kun arvioidaan koko terveydenhuoltojärjestelmän tuottavuutta, on tarkastelun otettava huomioon, miten resurssit allokoidaan, mikä on niiden operatiivinen tehokkuus, miten prosessit hallitaan, miten tavoitteet ja suoritteet kohtaavat sekä mikä vaikutus resurssien käytöllä on väestön terveydentilaan.

II Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen

Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen vaikuttavuustavoitteet

- Väestöryhmien väliset terveyserot supistuvat
- Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee
- Vähennetään alkoholista aiheutuvia kansanterveydellisiä haittoja
- Työikäisten työ- ja toimintakyky kohenee
- Yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee
- Vanhusten kotona asuminen ja selviytyminen paranee
- Vammaisten mahdollisuus osallistua työelämäänsä kohenee

Väestön elinikä on noussut ja toimintakykyisten elinvuosien määrä on lisääntynyt. Väestön terveydentila on parempi kuin koskaan aikaisemmin. Terveydentila on kehittynyt pääosin myönteisesti niin miehillä kuin naisilla kaikissa ikäluokissa.

Myönteisen kehityksen suurimmat uhat ovat väestön lihominen ja alkoholikulutuksen selvä lisääntyminen. Molemmat aiheuttavat huomattavia, moninaisia ja kalliita ongelmia niin yksilöille, perheille, kansanterveydelle kuin koko yhteiskunnalle.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat edelleen suuret ja erot näyttävät kasvavan. Tupakka ja alkoholi selittävät puolet näistä eroista. Kalleimmat tautiryhmät Suomessa ovat sydän- ja verisuonisairaudet, mielenterveyshäiriöt, hengityselintaudit sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Yhdessä niihin kohdistuu puolet terveydenhuollon kustannuksista. Monet nykyisistä kansantaudeistamme on ehkäistävissä. Terveydenhuollon vaikutus väestön terveyteen on arvioitu olevan vain 10-15 prosenttia. Suurin vaikutus on yksilön elintavoilla ja elinympäristöllä. Ainakin 80 prosenttia sepelvaltimotaudista ja yli 90 prosenttia diabeteksen 2-tyypin tapauksista olisi ehkäistävissä terveillä elintavoilla. Noin kolmasosa syöpätapauksista olisi ehkäistävissä terveellä ravinnolla ja liikunnalla sekä valtaosa hengityselinsyövistä tupakoimattomuudella.

Kansanterveyden kehittymiseksi edelleen myönteiseen suuntaan vaatii jatkuvaa ponnistelua. Ensiarvoisen tärkeätä on saada ihmiset tiedostamaan omien valintojensa ja elintapojensa vaikutus terveydentilaansa. Perusta terveeseen aikuisikään ja toimintakykyiseen vanhuuteen luodaan jo lapsuus- ja nuoruusvuosina. Monien sairauksien synty voidaan ehkäistä muuttamalla elintapoja terveellisempään suuntaan. Ennaltaehkäisevään toimintaan ja terveysvalistukseen panostaminen ovat halpoja keinoja, joilla voidaan saada merkittäviä säästöjä niin terveydenhuollon kuin koko yhteiskunnan menoissa tulevina vuosina. Tautien ennaltaehkäisy on aina halvempaa kuin vikojen korjaaminen jälkikäteen. Väestöryhmien välisiin terveyseroihin voidaan vaikuttaa myös yleisellä yhteiskuntapolitiikalla sekä takaamalla kaikille yhtäläiset mahdollisuudet päästä hoitoon. Ilmaiset tai lähes ilmaiset perusterveydenhuollon ennaltaehkäiset palvelut ovat lähtökohta.

Lähes kaikilla yhteiskunnan päätöksillä on terveysvaikutuksia. Niinpä suunnitelmien ja päätösten vaikutukset kansalaisten terveyteen sekä terveyseroihin tulee ottaa nykyistä paremmin huomioon. Vaikutukset voivat olla yksilöllisiä, paikallisia, valtakunnallisia ja

kansainvälisiä ja ne voivat olla erilaiset eri väestöryhmissä. Erityisesti on otettava huomioon päätösten vaikutus terveydeltään eriarvoisiin ryhmiin, kuten lapsiin, vammaisiin, mielenterveyden häiriöistä kärsiin ja pitkäaikaistyöttömiin.

2.1 Työikäisten terveys

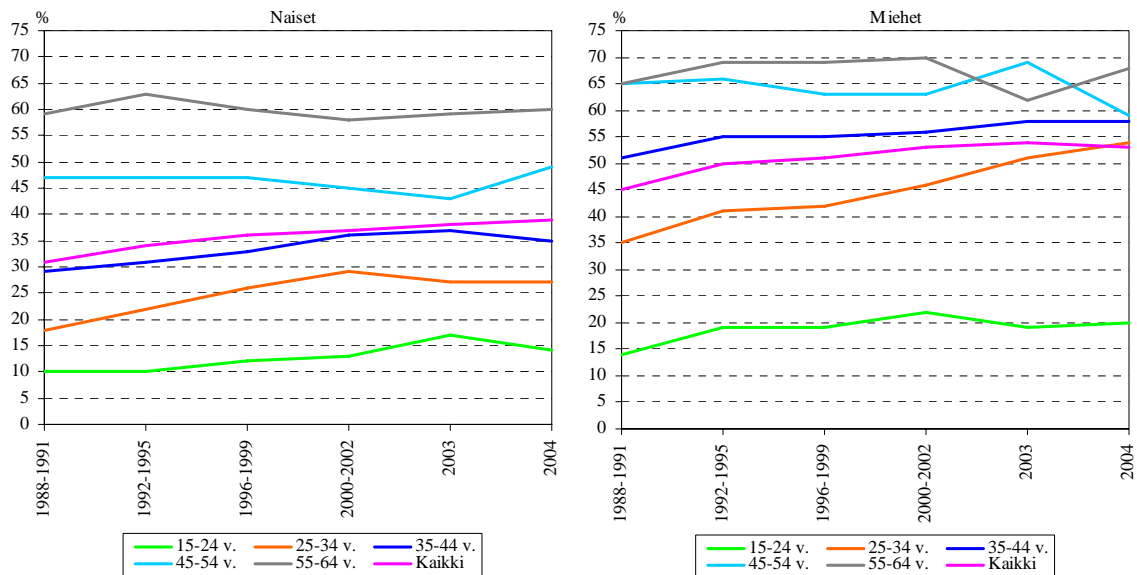
Työikäisten terveys on yleisesti ottaen kehittynyt myönteisesti. Kuolleisuus sepelvaltimo- ja syöpäsairauksiin on laskenut huomattavasti ja veren kolesterolipitoisuus on alenunut merkittävästi. Pidemmällä aikavälillä miehet ovat vähentäneet tupakointia selvästi. Erityisen myönteistä on nuorten miesten tupakoinnin vähentyminen. Sen sijaan 35-54-vuotiaiden miesten tupakointi näyttää yleistyneen selvästi vuonna 2004. Naisten tupakoinnissa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia, mutta nuorten naisten tupakointi näyttää kääntyneen nousuun vuonna 2004.

Työikäisten oma arvio fyysisestä ja henkisestä työkyvystään on pysynyt jokseenkin ennallaan. Miesten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus kääntyi selvään laskuun vuonna 2004. Muutos johtunee pääosin yksilöllisen varhaiseläkkeen ikärajan noususta, mutta työkyvyn kehityksellä lienee myös vaikutusta. Naisten uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on pysynyt jokseenkin ennallaan. Vuosittain myönnettävien uusien työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä on kuitenkin edelleen huomattavasti korkeampi kuin alkavien vanhuuseläkkeiden. Vuonna 2004 vanhuuseläkkeelle siirtyi 21 909 henkilöä, kun työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi peräti 28 386 henkilöä. Runsas kolmannes työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään mielenterveysongelmien vuoksi ja vajaa kolmannes tuki- ja liikuntaelin sairauksien takia. Työ- ja toimintakykyä haittaavan sairauden tai vamman esiintyvyys ikääntyvillä on laskenut viime vuosina. Masennus on noussut yhä yleisimmäksi työkyvyttömyyseläkkeen syyksi. Toisaalta tutkimukset osoittavat, että mielenterveysongelmien määrä ei sinällään ole lisääntynyt. Sen sijaan työelämä on nykyisin niin vaativaa, että ne, joilla on mielenterveysongelmia, kokevat aiempaa helpommin tilanteensa liian vaikeaksi ja hakeutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle.

Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellistä ongelmistamme. Se aiheuttaa merkittäviä terveyshaittoja: 2-typin diabetesta, verenpainetautia ja nivelrikkoa. Aikuisten ylipainoisuus on lisääntynyt. Vuonna 2004 suomalaisista miehistä 53 prosenttia ja naisista 39 oli ylipainoisia. Lihavuus on yleisintä vähiten koulutusta saaneilla. Erityisesti naisilla erot lihavuuden yleisyydessä koulutusluokkien välillä ovat selvät. Koulutetut ovat kiinnostuneempia terveydestään ja alttiimpia terveysvalistukselle.

Työ- ja arkiliikunnan vähentyminen on merkittävä lihavuutta lisäävä tekijä. Muita syitä lihavuuden yleistymiseen ovat lähinnä alkoholin lisääntynyt kulutus, ruoka-annosten ja pakkauskokojen kasvaminen sekä riittämätön liikunta. Merkittävä osa suomalaisista liikkuu terveyden ja lihavuuden ehkäisyn kannalta liian vähän.

Kuvio 13. Ylipainoistenⁱⁱⁱ osuus aikuisista vuosina 1988-2004



Lähde: Kansanterveyslaitos

Työikäisten univaje lisää sairastumisriskiä. Työperäiset unihäiriöt ja työelämästä johtuvat elintapamuutokset ovat keskeisiä kansanterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Työväsymys, ylitöiden suuri määrä sekä vaikeuden työn ja perheen yhteensovittamisessa altistavat lihomiselle. Yhteys on naisilla selvempi kuin miehillä. Työperäiset unihäiriöt ovat viime vuosina lisääntyneet nopeasti työstressin lisääntymisen ja poikkeavien työaikojen takia. Vuonna 2003 jo 36 prosenttia naisista ja 27 prosenttia miehistä ilmoitti kärsivänsä univaikeuksista vähintään kerran viikossa. Niiden ehkäisy edellyttää nykyistä tehokkaampaa ajanhallintaa sekä työn mitoittamiseen liittyvien ongelmien ratkaisua. Unen arvostamista koko yhteiskunnassa tulisi lisätä. Kansanterveystyössä uni ja palautuminen tulee ottaa perinteisten elintapojen rinnalla osaksi sairauksien ennaltaehkäisyä.

Elintapoja on tärkeää muuttaa nykyistä terveellisemmäksi lisäämällä liikuntaa ja nauttimalla energian saantia. Monipuolinen ruokavalio, kohtuullisuus ruoka-annoksissa ja alkoholin käytössä sekä liikunnallinen elämäntapa ovat avainasemassa taisteltaessa liikakiloja vastaan. Liikuntaa lisäämällä on mahdollista parantaa merkittävästi toimintakykyä ja terveyttä sekä ehkäistä lihomista. Jo 5-10 prosentin painon pudotuksella saavutetaan merkittäviä terveyshyötyjä. Uusimmat lihavuutta ehkäisevät liikuntasuosituksat kehottavat liikkumaan vähintään tunnin päivässä.

Elintarviketeollisuus on viime vuosina tuonut markkinoille erilaisia kevyttuotteita, joiden energiapitoisuus on selvästi pienempi kuin vastaavan tavallisen tuotteen. Kevyttuotteita tulee kuitenkin syödä vastaava määrä kuin tavallisia tuotteita, jotta energian saanti pienentyisi ja paino putoaisi. Toisaalta kevyttuotteet saattavat sisältää enemmän energiaa kuin muut luontaisesti vähän energiaa sisältävät elintarvikkeet. Kuluttajat ja elintarviketeollisuus on saatu vähentämään suolan käyttöä sinnikkäällä neuvonnalla. Samaan tulee pyrkiä lihavuuden torjumisessa.

Terveellistä ruokaa tulisi suosia myös hinnoittelulla. Nyt kehitys on kulkenut päinvas-
taiseen suuntaan. Rasva-, sokeri- ja makeisvero ovat poistuneet. Myös makkarat ja liha-
tuotteet ovat halventuneet EU-jäsenyyden jälkeen. Samaan aikaan hedelmien hinnat
ovat pysyneet ennallaan. EU:ssa selvitetään mahdollisuutta antaa asetus elintarvikkei-
den terveys- ja ravitsemus väittämistä. Se yhtenäistäisi jäsenmaiden käytännöt.

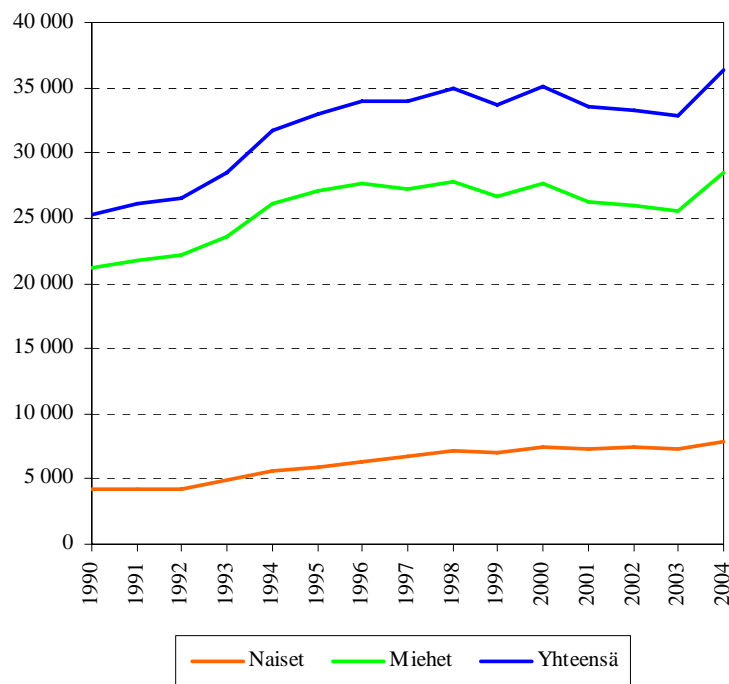
Työelämän olosuhteita ja työstä luopumista tarkastellaan lähemmin kohdassa Työelämän
vetovoiman lisääminen.

2.2. Alkoholiohjelma 2004-2007

Alkoholiohjelman tavoitteena on alkoholista aiheutuvien haittojen vähentäminen sekä
erityisesti alkoholin kulutuksen kääntäminen laskuun. Keskeiset tavoitteet on määritelty
valtionneuvoston alkoholipolitiikan linjauksista tehdyssä periaatepäätöksessä. Ohjelma
toteutetaan yhteistyössä eri hallinnonalojen, kuntien, kirkkojen, järjestöjen ja elinkei-
noelämän kanssa. Syksyllä 2005 valtionhallinnon ulkopuolisia yhteistyökumppaneita oli
124. Alkoholiohjelmaan liittyneet kumppanit ottavan vastuun alkoholihaittojen vähen-
ttämisestä omalla alallaan.

Alkoholin runsas pitkäaikainen käyttö merkitsee vakavaa terveysriskiä. Vahva humalatil-
la lisää merkittävästi onnettomuus- ja tapaturmariskiä sekä lisää väkivaltarikosten todennä-
köisyyttä. Väkivaltarikoksista 60-70 prosenttia tehdään alkoholin vaikutuksen alaisena. Jo
pienikin määrä alkoholia alentaa suorituskykyä ja lisää riskiä liikenne-, työ-, koti- ja va-
paa-ajan tapaturmiin ja onnettomuuksiin. Vuonna 2003 tapahtui noin 42 000 tapaturmaa
alkoholin vaikutuksen alaisena. Tämä on neljä prosenttia kaikista tapaturmista.

Kuvio 14. Sairaaloitten hoitojaksot alkoholisairauksien^{iv} takia vuosina 1990–2004



Lähde: Stakes

Sairaaloiden hoitajaksojen määrä alkoholin takia kasvoivat 1990-luvun alussa nopeasti. Määrä vakiintui sitten vajaan 35 000 vuosittaiseen hoitajaksoon. Vuonna 2004 näiden hoitojen määrä lisääntyi merkittävästi. Kasvu oli erityisen nopea miehillä. Naisten hoitajaksot alkoholin takia ovat nousseet tasaisesti vuosi vuodelta. Samalla alkoholin käytön seurauksena kuolleiden määrä on noussut - alkoholisairaus tai -myrkytys on yhä useammin kuolinsyynä. Alkoholi on jo pitempään ollut miesten toiseksi yleisin kuolinsyy. Vuonna 2002 siitä tuli myös työikäisten naisten toiseksi yleisin kuolinsyy. Sen sijaan alkoholin seurauksena tapaturmaan tai väkivaltaisesti kuolleiden miesten määrä on vähentynyt.

2.3. Terveyttä edistävät ja siihen kannustavat toimet

Terveys on paljon muutakin kuin taudin poissaoloa. Se on henkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia, mitä terveyspalvelujärjestelmä ei yksin pysty tarjoamaan. Terveiden ylläpitäminen ja saavuttaminen vaatii monipuolista ja terveellistä ravintoa, painonhallintaa, tupakoimattomuutta, alkoholinkäytön hillintää, riittävää liikuntaa, hyviä ihmissuhteita, mielekästä työtä sekä riittävää lepoa.

Ensisijainen vastuu terveydentilasta on yksilöllä itsellään. Perintötekijät määrittävät yksilön ominaisuuksien ja terveyden reunaehdot. Omilla elämäntavoilla ja valinnoilla on silti suuri vaikutus terveydentilan. Terveystieteiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon vaikutus on toissijainen. Joiltakin puuttuu kuitenkin kyky, halu ja mahdollisuus vastaanottaa terveysvalitusta ja sopeutua terveys-suosituksiin. Ihmiset, jotka eivät ole jaksaneet opiskella, ponnistella työpaikkajensa ja elintason puolesta, eivät näe myöskään terveyttä tavoittelun arvoisena. Ihminen tekee ratkaisunsa pitkälti taustaryhmänsä ja sosiaaliluokkansa mallien mukaan. Terveystieteiden tutkimusten ja -kasvatuksen viisastenkivi onkin siinä, miten nämä ihmisryhmät saadaan kiinnostumaan ja ponnistelemaan terveytensä eteen. Se vaatii jatkuvaa uusien terveysvalituksen keinojen etsimistä, sillä perinteiset keinot eivät tuota toivottua tulosta. Erityisesti lapset ja heidän vanhempansa ovat erityinen terveysvalituksen kohderyhmä, sillä lapsuudessa omaksutut elintavat ovat hyvin pysyviä.

Onnettomuudet ja tapaturmat voivat hetkessä romuttaa yksilön terveyden ja toimintakyvyn. Tällöin yhteiskunnan toimilla on suuri merkitys yritettäessä palauttaa hänet mahdollisimman terveeksi ja toimintakykyiseksi.

Kunnat voivat monilla toimillaan edistää kuntalaistensa terveyttä. Keskeistä on turvata riittävät terveys- ja päihdepalvelut kaikille tarvisijoille sekä panostaa ennaltaehkäiseviin toimiin. Tämä edellyttää ammattitaitoista henkilökuntaa. Ennaltaehkäisevän toiminnan tehostamiseksi kansanterveyslakia on tarkoitettu muuttaa vuoden 2006 alusta siten, että terveyden edistämisen asemaa parannetaan. Laissa tullaan määrittelemään laaja-alaisesti terveyden edistämiseen liittyvät kunnan tehtävät. Kunta velvoitetaan seuraamaan väestön terveydentilaa ja huolehtimaan siitä, että terveysnäkökohdat otetaan huomioon kaikessa kunnan toiminnassa.

Myös monilla terveydenhuollon ulkopuolisilla toimilla on vaikutusta kansalaisten terveydentilan kehitykseen. Kuntien tulee kehittää ympäristöä niin, että se houkuttelee liikkumaan. Hyväkuntoiset, turvalliset ja laajalle ulottuvat kevyen liikenteen väylät, monipuoliset ja turvalliset ulkoilemiskäytävät sekä monipuoliset liikunta- ja ulkoilumah-

dollisuudet houkuttelevat eri ikäiset liikkumaan ja kuntoilemaan. Kaavoituksella voidaan vaikuttaa em. paikkojen mielekkääseen sijaintiin. Ympäristöterveydenhuollon tehtävänä on varmistaa juomaveden ja elintarvikkeiden asianmukainen laatua.

Erityisenä kohderyhmän tulee olla nuoret. Tämä vuoksi kouluilla on merkittävä rooli terveystiedon antajana sekä ruokailu- ja liikuntatottumusten luojana. Nuorten paino-ongelmiin puuttuminen tulee kuitenkin tehdä varoen, sillä 12-18-vuotiaat ovat erityisen herkässä iässä sairastua syömishäiriöihin. Dieettien asemasta tulee nuorille korosta terveitä elintapoja ja erityisesti kannustettava liikuntaan. Tavoitteena tulisi olla totuttaa lapset ja nuorten säännölliseen ja monipuoliseen liikuntaan tutustuttamalla heidät eri lajeihin ja auttaa näin jokaista löytämään oma, sopiva liikuntamuoto. Kaikkein suurin vaikutus nuorten terveystottumuksiin ja alkoholin käyttöön on kuitenkin kodilla ja vanhempien omalla mallilla.

Kansanterveyden kehitykseen voidaan myös vaikuttaa monin yhteiskunnan toimin. Vero- ja hintapolitiikalla on huomattava vaikutus ihmisten valintoihin sekä elintarvikkeiden ja alkoholin ostopäätöksiin. Lainsäädännöllä luodaan yleiset puitteet yhteiskunnan toiminnalle ja valvonnalla taataan lain mukainen toiminta. Viimesijassa kaikkiin yhteiskunnan valintoihin ja päätöksiin vaikuttaa yleinen asenne ja arvostukset. Mikäli terveyttä arvostetaan riittävästi, otetaan se huomioon kaikissa kansalaisten ja yhteiskunnan valinnoissa ja päätöksissä.

Taulukko 5. Terveyden osatekijät sekä eri tahojen keinot vaikuttaa terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen

	Yksilö	Kunta	Yhteiskunta
Ruoka	terveelliset ruokailutottumukset	kouluruokailu, opetus-suunnitelmat, oppilashuolto, ravitsemuskasvatus	lainsäädäntö elintarvikkeiden tuotanto, markkinointi sekä tuoteinformaatio, kauppa, vero- ja hintapolitiikka
Liikunta	riittävä liikunta (työmatkat, vapaa-aika)	monipuoliset liikuntamahdollisuudet, hyvät kevyen liikenteen väylät, leikki- ja urheilupuistot, liikuntakasvatus	työpaikkaliikunnan tukeminen, monipuoliset liikuntamahdollisuudet, liikunnan tukeminen
Päihteet	kohtuullinen alkoholin käyttö, ei huumeita	laaja-alainen ehkäisevä päihdetyö, riittävät päihdepalvelut, ammattitaitoinen henkilöstö, eri ammattiryhmien välinen yhteistyö päihdekasvatus	yleinen kulttuuri ja asenne, lainsäädäntö, verotus nikotiinikorvaushoito
Tupakka	tupakoimattomuus tupakan polton lopetus	tupakkavalistus, tupakan lopettamisen tukiryhmä	yleinen kulttuuri ja asenne, lainsäädäntö, verotus nikotiinikorvaushoito
Lepo	riittävä lepo, työn ja levon välinen tasapaino	-	asenne ja kulttuuri: levon arvostaminen
Ihmissuhteet	riittävästi aikaa ihmissuhteille	yksinäisten tukeminen, perheneuvolat	tasapaino työelämän ja vapaaajan välillä, asenne ja kulttuuri

Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen

	Yksilö	Kunta	Yhteiskunta
Työ-elämä	työ tasapainossa vapaa-ajan ja ihmissuhteiden kanssa	-	ri: yhteisöllisyys työterveyshuolto, työntekijän vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä, työilmapiiri, johtamiskäytännöt lainsäädäntö, riittävät resurssit
Sosiaali- ja terveyspalvelut	oikea-aikainen hoitoon hakeutuminen	riittävät palvelut saatavilla yhtenäisin perustein, ennaltaehkäisevien palveluiden tärkeys ja niiden ilmaisuus, ammattitaitoinen henkilökunta	
Ympäristö - vesi - ilma	nopeusrajoitusten noudattaminen julkisen liikenteen suosiminen	turvalliset liikenneväylät, liikennevalistus kouluissa	turvalliset liikenneväylät, liikennekulttuuri, nopeusrajoitukset, julkisen liikenteen ja raide liikenteen kehittäminen ja tukeminen, teknologian kehittäminen

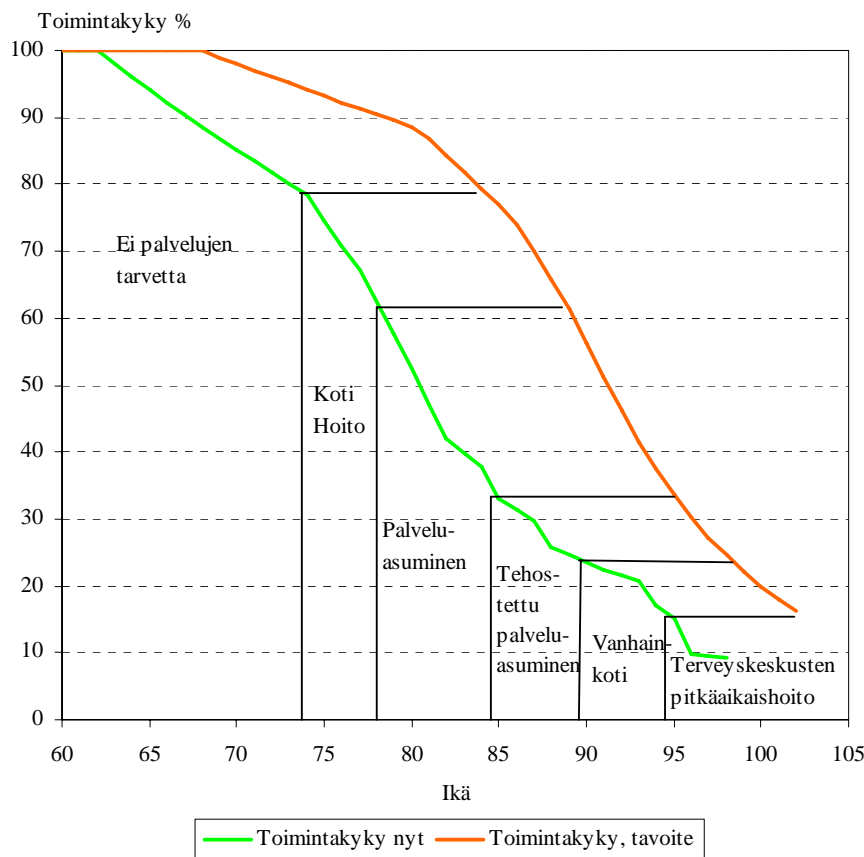
Yhteenveto terveyden ja toimintakyvyn haasteiden haittavaikutuksista:

Haaste	Haittavaikutukset
Lihavuus	Ennenaikainen kuolleisuus Työ- ja toimintakyky heikkenee Useita sairauksia mm: 2-tyypin diabetes, sepelvaltimo- ja verenpainetauti, nivelrikko
Huono kunto, työ- ja toimintakyky	Alttius sairauksille kasvaa Omatoimisuus vähenee Tapaturma-alttius kasvaa Laitoshoidon tarve kasvaa
Alkoholin ongelmakäyttö Huumeiden käyttö	Ennenaikainen kuolleisuus Työ- ja toimintakyky heikkenee Useita sairauksia mm: maksasairaudet, HIV, C-hepatiitti, aivosairaudet Onnettomuusriski ja tapaturma-alttius kasvaa Väkivalta lisääntyy Perhe- ja työelämän häiriöt Lasten ongelmat ja turvattomuus lisääntyy Vaarantaa sikiön ja lapsen kehityksen Syrjäytyminen
Tupakointi	Ennenaikainen kuolleisuus Työ- ja toimintakyky heikkenee Useita sairauksia mm: hengityselinsairaudet, syöpä ja sepelvaltimotauti
Mielenterveysongelmat	Työ- ja toimintakyky heikkenee Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä nousee Itsemurhien määrä kasvaa Syrjäytyminen

2.4 Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen – esimerkki tavoitteen asettelusta

Toimintakyvyn arviointi on palvelutarpeen arvioinnin keskeinen osa^v. Palvelut mitoite-
taan ikääntyneen asiakkaan jäljellä olevan toimintakyvyn mukaisesti. Palvelut ulottuvat
vähäistä toimintakyvyn alenemista korvaavista avopalveluista aina toimintakyvyltään
heikoimpien vanhusten pitkäaikaishoitoon terveyskeskusten vuodeosastoilla. Näin tur-
vataan vanhusten oikeus mahdollisimman pitkäkestoiseen omaehtoiseen elämään samal-
la, kun taataan tarvittavat palvelut ja kohdennetaan resursseja tarkoituksenmukaisella
tavalla.

Kuvio 15. Palvelujen tarjonta asiakkaan toimintakyvyn mukaan, hypoteettinen tilanne



Kuviossa on esitetty toimintakyvyn hypoteettinen nyky- ja tavoitetila. Käytännössä pal-
velutarve ei välttämättä suuntaudu yhtä johdonmukaisesti kuin kuviossa, esimerkiksi
kotipalvelut ja kotisairaanhoido voivat vastata myös heikkokuntoisten palvelutarpee-
seen. Myös palveluketjun toimivuus on tullut entistä tärkeämmäksi, kun asiakkaat liik-
kuvat yhä enemmän palvelusta toiseen. Esimerkiksi terveyskeskuksesta palataan usein
hoito- tai kuntoutusjakson jälkeen kotihoitoon.

Kuvio tuo esille sosiaali- ja terveysministeriön kaksi vanhuspoliittisten päälinjausten
pohjalta asetettua päätavoitetta: yhtäältä vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisen mah-
dollisimman pitkään ja toisaalta rahoitusjärjestelmän uudistamisen kannustimiltaan niin,
että se ohjaa tehokkuuteen ja tarkoituksenmukaiseen palvelujen tarjontaan ja käyttöön

asiakkaan toimintakyvyn mukaan. Vanhuspoliittista toimintasuunnitelmaa konkreettisoivien hankkeiden on osaltaan tuettava näitä kahta päätavoitetta.

Sosiaali- ja terveysministeriön vanhuspoliittisessa toimintasuunnitelmassa hallinnonalalla toteutettavat hankkeet on ryhmitelty kuuden vanhuspolitiikan päälinjauksen mukaisesti: 1) terveyden ja toimintakyvyn parantaminen, 2) kotona asumisen ja kotona selviytymisen tukeminen, 3) palveluiden laadun parantaminen, 4) asiakkaiden oikeuksien vahvistaminen ja selkeyttäminen, 5) kohtuullisen toimeentulon turvaaminen ja 6) palvelujen ja toimeentuloturvan rahoituksen riittävyyden turvaaminen.

Päälinjauksiin liittyvillä hankkeilla edistetään ikääntyneitten omatoimisuutta ja laitoshoidon tarpeen vähenemistä ja myöhentymistä. Palveluiden rahoituksen tulee tukea sitä, että ikääntynyt ihminen saa hänen toimintakykyään vastaavaa hoitoa. Tavoitteena on myös varmistaa laadukkaat palvelut monitoimijaisesti kunnan oman palvelutuotannon lisäksi vapaaehtoistoiminnan, järjestöjen ja yritysten kautta.

III Työelämän vetovoiman lisääminen

Työelämän vetovoiman lisäämisen vaikuttavuustavoitteet

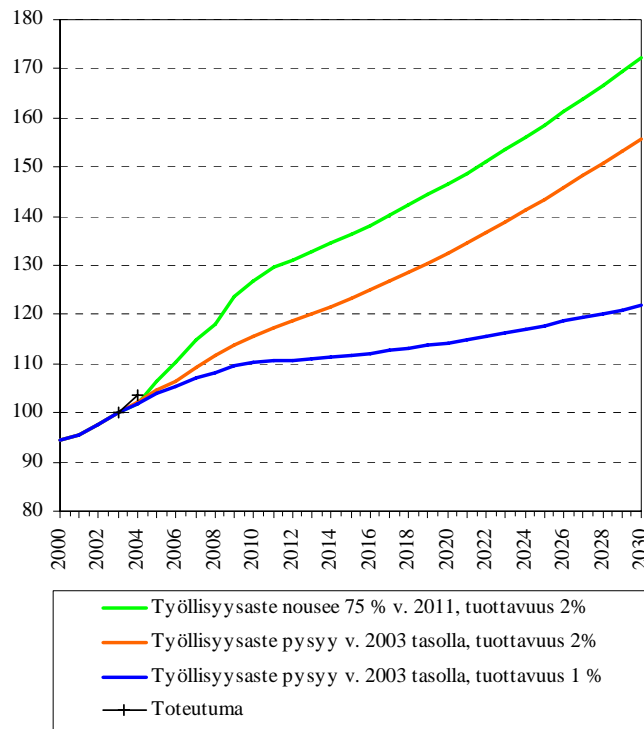
- Työhön osallistumisaste eri ikäryhmissä nousee
- Työssäoloaika pitenee vuoteen 2010 mennessä 2–3 vuodella
- Sosiaaliturvan kannustavuus lisääntyy
- Sairauspoissaolot vähenevät
- Työ- ja perhe-elämän yhteensovitus paranee
- Työtapaturmien taajuus ja ammattitautien syntyminen vähenevät ja niiden vakavuusaste vähenee
- Työterveyshuollon saatavuus ja laatu paranevat ja yhteistyö kuntoutuksen kanssa tehostuu

Väestön ikärakenne muuttuu pysyvästi toisenlaiseksi kuin se on ollut menneinä vuosikymmeninä, koska elinikä on pidentynyt ja syntyvyys alentunut. Suomi kohtaa väestön vanhenemisen haasteet muuta Eurooppaa aikaisemmin. Ei riitä, että vain vanhempien ikäluokkien työllisyys paranee. Yhteiskunnan tasapainoinen kehitys vaatii työllisyyden kohentumista kaikissa työikäisissä ikäluokissa. Mutta samanaikaisesti on panostettava tuottavuuteen.

Talouden pitkän aikavälin potentiaalissa kasvu-urassa työllisyys kohoaa vuoden 2003 tasosta asteittain 75 prosenttiin ja tuottavuus kasvaa kahdella prosentilla. Hitaampia kasvu-uria on kuvattu kahdella vaihtoehdolla: a) työllisyysasteet jäävät vuoden 2003 tasolle ja tuottavuus nousee kaksi prosenttia tai b) työllisyysasteet jäävät vuoden 2003 tasolle ja tuottavuus kehittyy vain yhden prosentin. Jälkimmäiseen tuottavuuskehitykseen siirrytään asteittain.

Kuvion 16 viesti on selvä: Työllisyyttä ja tuottavuutta tulee kohentaa rinnakkain. Jos työllisyysasteet jäävät vuoden 2003 tasolle ja tuottavuus lisääntyy kaksi prosenttia, tuotanto jää 15 prosenttia potentiaalista tuotantoa alemmalle tasolle vuoteen 2011 mennessä. Tämän jälkeen tuotanto kasvaisi yhtä ripeästi. Mutta jos tuottavuus kasvaisi vain yhden prosentin, talous kehittyisi potentiaalista kasvu-uraansa dramaattisesti hitaammin 2010- ja 2020-luvuilla. Jälkimmäisessä vaihtoehdossa tuotanto jäisi 35 prosenttiyksikköä alle talouden potentiaalisen tason vuonna 2030. Suurin vaikutus kaksi kolmasosaa tulisi prosenttiyksikköä hitaammasta tuottavuuden kasvusta 2010- ja 2020-luvuilla. Työllisyyden jääminen vuoden 2003 tasolle selittäisi vajaan kolmasosan.

Kuvio 16. BKT/capita 2000-2003 ja projektiot vuoteen 2030, indeksi 2003=100

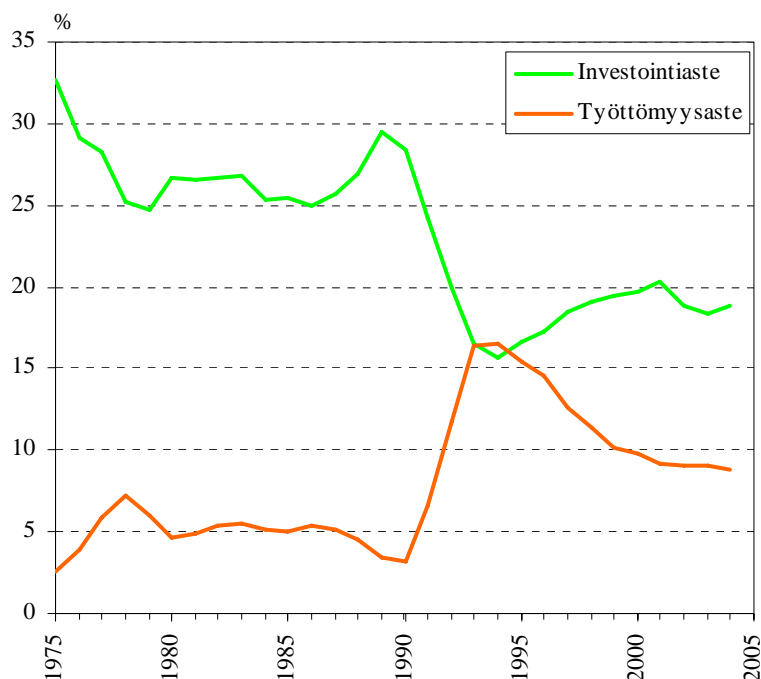


3.1 Eteneminen kohti korkeaa työllisyyttä

Kansainvälisten pääomaliikkeiden vapautuminen on vahvistanut maapalloistumista. Pääomalle etsitään tuottoa globaalisti. Funktionaalinen tulonjako muuttui 1990-luvulla selvästi pääomatulojen hyväksi. Palkkojen ja työnantajien sosiaaliturvamaksujen osuus bruttoarvonlisäyksestä on vakiintunut 55 prosentin tasolle 2000-luvun alkupuoliskolla.

Suomi on perinteisesti ollut pääomavaltaisen tuotannon ja korkean investointiasteen maa. Investointien suhde bruttokansantuotteeseen on vaihdellut 25-30 prosentin välillä. Nyt kiinteiden investointien kansantuoteosuus näyttää vakiintuneen selvästi pienemmäksi kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Pääomatulojen vahvistuminen ei ole johtanut korkeaan investointeihin Suomeen. Suomalaisten yritysten vähentyneiden investointien vastineeksi ei ole syntynyt ulkomaalaisten suoria sijoituksia Suomeen, mikä osaltaan selittää korkeana pysyvän työttömyysasteen. Rakenteellisilla kilpailukyky mittareilla mitattuna Suomi sijoittuu kansainväliseen kärkeen, mikä antaa odottaa kansainvälisten suorien investointien sijoittumista Suomeen entistä enemmän.

Kuvio 17. Investointiaste ja työttömyysaste vuosina 1975-2004, %



Työurien pidentyminen

Ikääntyneiden (55-64 v.) työllisyysaste on noussut vuosien 1997-2004 aikana 15 prosenttiyksikköä, kun samaan aikaan keskimääräinen työllisyysaste kohosi liki 4½ prosenttiyksikköä. Ikääntyneiden työllisyys on viime vuosina kasvanut Suomessa nopeammin kuin missään muussa Euroopan maassa.

Taulukko 6. Työlliset ja työllisyysaste ikäryhmittäin vuosina 1997 ja 2004

Ikä	1997		2004		Muutos 1997- 2004	
	Työlliset	Työllisyysaste, %	Työlliset	Työllisyysaste, %	Työlliset	Työllisyysaste, %-yksikkö
15-24	212 800	33,3	247700	38,1	34 900	4,8
25-54	1 753 800	77,5	1754000	81,0	200	3,5
55-64	187 600	35,8	342600	50,9	155 000	15,1
15-64	2 154 200	62,9	2344300	67,2	190 100	4,3

Lähde: Tilastokeskus

Suuret ikäluokat ovat pysyneet työpaikoissaan ja säilyttäneet työpaikkansa paremmin kuin edeltäneet ikäluokat saman ikäisinä. Työelämästä poistumista myöhentävät jatkossa jo edellisen hallituksen aikana päätetyt työttömyysturvan ja eläketurvan muutokset. Eläkereittien karsiminen ja työelämässä jatkamisen kannustimien vahvistuminen ovat vaikuttaneet suotuisaan kehitykseen

ETK:n vuonna 2005 ikääntyneille työntekijöille suunnatun kyselyn mukaan puolet vastanneista aikoi jatkaa työelämässä 60 ikävuoden jälkeen ja neljännes 63 ikävuoden jälkeen. OECD:n tutkimusten mukaan ihmisillä ei ole tapana jatkaa työelämässä enää silloin kun heillä on annettu mahdollisuus siirtyä eläkkeelle. Eläkeuudistuksessa tämä otettiin huomioon palkitsemalla työn jatkamista siten, että eläke aikanaan on parempi.

Työuria voidaan pidentää myös niiden alkupäässä nopeuttamalla nuorten tuloa työelämään. Koulutusjärjestelmän tehostaminen ei kuitenkaan onnistu hetkessä. On arvioitu, että korkeakouluopintojen nopeuttamiseen tähtäävät toimet alentavat korkeakoulutuksen aloittamisikää yhdellä vuodella vuonna 2008 ja tutkinnon suorittamisikää yhdellä vuodella vuonna 2012.

Työnhakijoiden ja työpaikkojen kohtaanto

Vaikein rakennetyöttömyyden osajoukko on yhtäjaksoisesti pitkäaikaistyöttömänä olleet. Käytännössä vain pieni osa heistä sijoittuu avoimille työmarkkinoille ilman erityistoimenpiteitä. Pitkäaikaistyöttömyys näyttää vakiintuneen runsaan 70 000 henkilön tasolle. Myös rakennetyöttömyys ja laaja työttömyys näyttävät vakiintuvan korkeille liki 290 000 ja 375 000 henkilön tasoille.

Taulukko 7. Rakennetyöttömyys tammi-joulukuussa 1997, 2002, 2003 ja 2004

	2004	2003	2002	1997	2004-1997 muutos	muutos %
a Pitkäaikaistyöttömyys	73000	72400	77700	124600	-51600	-41,4
b Toistuva työttömyys	41900	42700	43700	63200	-21300	-33,7
c Toimenpiteiltä työttömäksi jäävät	39500	40400	36700	58200	-18700	-32,1
d Toistuvasti toimenpiteille sijoittuvat	13200	18600	15600	22600	-9400	-41,6
Suppea rakennetyöttömyys (a+b)	114900	115100	121400	187700	-72800	-38,8
Rakennetyöttömyys (a+b+c)	154400	155500	158100	245900	-91500	-37,2
Laaja rakennetyöttömyys (a+b+c+d)	167600	174100	173700	268500	-100900	-37,6
Työttömät työnhakijat yhteensä	288400	288800	294000	409000	-120600	-29,5
Toimenpiteet yhteensä	87300	86800	79300	123400	-36100	-29,3
Laaja työttömyys yhteensä	375700	375600	373300	532400	-156700	-29,4

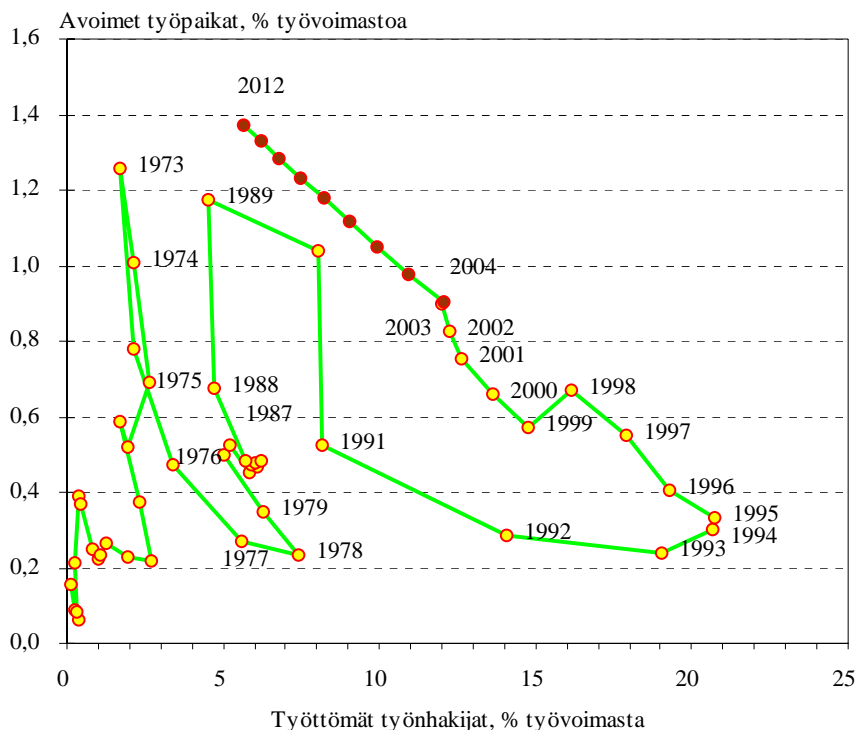
Lähde: Työministeriö

Hallitusohjelman tavoitteena on, että kaikille nuorille tarjotaan koulutus- työharjoittelutai työpajapaikka kolmen kuukauden työttömyyden jälkeen. Tätä tavoitetta ollaan jo lähestymässä. Erilaisia ”nuorten yhteiskuntatakuun” toimenpiteitä kohdennetaan laajalti nuoriin työttömiin jo työttömyyden alkuvaiheessa. Nuorten työttömyysaste on laskenut yhtäjaksoisesti vuodesta 1993 lähtien samalla myös työttömyysjaksojen keskimääräinen kesto on lyhentynyt.

Työvoiman palvelukeskuksilla, työllistämistukien uudistuksella ja sosiaalisilla yrityksillä voidaan osaltaan parantaa vaikeasti työllistyvien työmarkkina-asemaa. Rakenteellisen työttömyyden alentamiseksi tämä ei kuitenkaan riitä. Työvoiman kysyntää avoimilla työmarkkinoilla tulisi saada kohdistumaan voimakkaammin tähän työnhakijoiden ryhmään. Tästä syystä työvoiman kysyntää lisäävät ja yritysten työllistämiskynnystä alentavat uudistukset ovat strategisessa asemassa rakenteellisen työttömyyden torjunnassa.

Viime vuosien kehitys viittaa siihen, että työllistymisestä on tullut valikoituvaa: Osa työttömistä löytää työtä entistä helpommin, mutta keskimäärin työttömyyden kesto pitennee. Vielä 1980-luvun lopussa työttömyys päättyi suhteellisen usein työllistymiseen. Yli 40 prosenttia työttömistä oli vuoden kuluessa saanut työtä avoimilta työmarkkinoilta. Laman ollessa syvimmillään työttömyys päättyi vuoden kuluessa työllistymiseen enää 20 prosentilla työttömistä. Laman jälkeen tilanne ei ole juurikaan kohentunut. Suomen työmarkkinoiden kehitykselle on ollut tyypillistä se, että kasvualat ja supistuneet alat ovat olleet ammattirakenteeltaan ja osaamisvaatimuksiltaan hyvin erilaisia. Työvoima uusille aloille on rekrytoitu uusista ikäluokista tai jo työssä olleista ja vain vähäisessä määrin työttömistä. Tämä selittää osaltaan sen, että avoimet työpaikat ja työttömät eivät kohtaa toisiaan.

Kuvio 18. Beveridge-käyrä Suomessa vuosina 1956-2004 sekä projektio, kun 75%:n täystyöllisyystavoite saavutetaan vuonna 2012



Suomen työmarkkinoiden rakenteellisia ongelmia havainnollistaa avoimien työpaikkojen asteen ja työttömyysasteen vertailu. Tiettyä avoimien työpaikkojen astetta vastaa aikaisempaa korkeampi työttömyysaste. Rakenteelliset ongelmat kärjistyivät talouden upotessa syvään lamaan vuosina 1992 - 1994. Tämän jälkeen rakenteellinen työttömyys aleni nopeasti vuoteen 2001 asti ja tämän jälkeen rakenteellinen työttömyys on lieventynyt vain vähäisesti.

Työmarkkinoille tulevilla uusilla ikäluokilla on Suomessa ollut edeltäjiään parempi koulutus. Jos koulutuksen mukaiset työllisyysasteet säilyisivät vuoden 2004 tasolla työllisyys kohoaisi noin prosenttiyksikön. Uusien kasvavien alojen työvoima on rekrytoitu juuri heistä. Ikäluokkien pienentyessä tätä vanhaa rekrytointimallia ei voida enää samassa mitassa jatkaa. Mikäli osaavaa työvoimaa ei kyetä rekrytoimaan myös vanhemmista ikäryhmistä, vaarana on korkean tuottavuuden alojen työpaikkojen siirtyminen

muualle. Työpaikat siirtyvät pois myös matalan tuottavuuden aloilta, mikäli kustannustaso on liian korkea. Matalan tuottavuuden työpaikkojen ”häviäminen” voi sinänsä olla myönteistä, jos tilalle saadaan parempia työpaikkoja. Tällaisten työpaikkojen syntyedellytyksenä kuitenkin on, että niihin löytyy riittävästi hyvin koulutettua työvoimaa.

Työmarkkinoiden jäykkyyden yhteyttä ikärakenteeseen ei ole juurikaan selvitetty. Työmarkkinoilla olevien ikääntyneiden määrän kasvaessa on syntymässä seniorityömarkkinat. Tämä tulee ottaa huomioon työvoimapalveluja kehitettäessä. Samoin kasvava määrä työterveyshuollon asiakkaista on ikääntyneitä.

Suomen työmarkkinoita pidetään jäykinä. Kasvavan ja kehittyvän talouden edellytyksenä ovat työvoiman riittävä liikkuvuus yritysten sisällä ja välillä, alueellinen ja ammatillinen liikkuvuus, osaamistason jatkuva uudistuminen ja sopeutuminen epävarmuuteen. Nuorten työikäisten kohdalla erilainen liikkuvuus on jo pitkään ollut arkipäivää. Nuoret vaihtavat työpaikkaansa ammattiaan, asuinpaikkakuntaansa vanhempia ikäryhmiä hanakammin.

Ikääntyneiden kohdalla ongelmana on tähän mennessä pidetty liian aikaista työelämästä poistumista ja vaikeutta työllistyä, jos joutuu työttömäksi. Laajempien seniorityömarkkinoiden syntyessä myös liikkuvuuteen joudutaan kiinnittämään huomiota. Jäykkyydestä voi tulla työpaikan säilyttämisen ja uudelleen työllistymisen este.

Sosiaalipolitiikan kannalta on ongelmallista, että matalan tuottavuuden työpaikat ovat monesti olleet selkeä vaihtoehto työttömyydelle. Suomen asema kansainvälisessä työnjaossa perustuu jatkossakin korkeaan osaamiseen, tutkimukseen ja tuotekehitykseen. Tämän lisäksi tarvitaan kuitenkin toimia, jotka edistävät työpaikkojen syntymistä myös vähemmän koulutusta vaativille aloille.

Työvoiman saatavuusongelmat lisääntyivät 1990-luvun lopun korkeasuhdanteen aikana. Noin runsas neljännes toimipaikoista ilmoitti kokeneensa rekrytointiongelmia. Tilanne näyttää vakiintuneen tälle tasolle. Työvoiman saatavuusongelmia on pidetty vielä melko kohtuullisina. Ne voivat kuitenkin lisääntyä lähivuosina väestön ikärakenteen muutoksen ja nopeutuvan talouskasvun seurauksena. Odotukset työvoiman saatavuuden vaikeutumisesta voivat heikentää yritysten investointihalukkuutta kotimaassa. Vaatimukset osaavan työvoiman saatavuuden takaamiseksi voimistuvat nopeasti työllisyystilanteen parannuttua.

Työkykyindeksin kuvaama tilanne

Julkisessa keskustelussa ja työelämän tutkimuksessa työntekijöiden hyvinvointi ja jaksaminen on nostettu keskeiseksi työssä pysymiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Vuoden 2004 suoritetun työkykyindeksikyselyn (Peltoniemi 2005) mukaan niin palkansaajien, yrittäjien kuin maatalousyrittäjien työkyvyn taso on hyvä. Työkykyindeksin tärkeimmät osatekijät ovat vastaajan oma arvio työkyvystään verrattuna elinikäiseen parhaimpaansa, lääkärin toteamien sairauksien määrä ja sairauspoissaolot.

Iän mukana työkyky luonnollisesti heikkenee jonkin verran, mutta yli 54 -vuotiaiden palkansaajien ja yrittäjien työkyky on kuitenkin hyvä. Ainoastaan maatalousyrittäjien työkyky on heikentynyt kohtalaiseksi. Sukupuolten työkyvyssä ei ole oleellisia eroja

palkansaajien ja yrittäjien kohdalla. Maatalousyrittäjinä toimivien naisten työkyky on kohtalainen, miesten sen sijaan on hyvä.

Tarkemmin eriteltynä kuva on seuraava: Palkansaajista noin 40 prosentilla työkyky on erinomainen, yli 50 prosentilla hyvä ja alle 10 prosentilla kohtalainen tai heikko. Yrittäjistä noin puolella työkyky on erinomainen, 40 prosentilla hyvä ja noin 10 prosentilla kohtalainen tai heikko. Maatalousyrittäjillä työkyky on hieman palkansaajia ja yrittäjiä heikompi.

Työkykyindeksin mukaan tarkasteltuna ei saada tukea sille käsitykselle, että työelämän erilaiset haasteet kuten kiire ja stressi ja turvattomuus olisivat merkittävästi heikentäneet työkykyä. Mikäli tällaista heikentymistä olisi tapahtunut, työntekijöiden työkyvyn olisi pitänyt olla lähes erinomainen muutamia vuosikymmeniä sitten. Näin ei varmastikaan ole ollut. Tulosten tulkinnassa joudutaan kuitenkin ottamaan huomioon, että vastaajat voivat yliarvioida työkykyään. Käsitys työhyvinvoinnin heikkenemisestä perustuu paljolti kyselyihin, joissa työntekijät arvioivat niitä työelämän tekijöitä, joista ovat vastuussa työnantajat tai muut osapuolet kuin työntekijät itse (Peltoniemi 2005).

3.2 Veto-ohjelma

Veto-ohjelma on politiikkaohjelma, joka panostaa työvoimaan sekä aineettomiin tuotantotekijöihin. Veto-ohjelma ei tähtää vain korkean työllisyyden saavuttamiseen, vaan myös luomaan edellytykset ripeälle tuottavuuden kehitykselle.

Näitä tavoitteita pyritään edistämään nimenomaan STM:n hallinnonalan keinovalikoimalla, johon sisältyy sekä uudistettua lainsäädäntöä että niiden implementointia. Kun esimerkiksi eläkelainsäädäntö ja -järjestelmä paaluttaa potentiaaliset reitit pois työelämästä, pyritään kannusteilla ja työelämän kehittämisellä säätelemään poistumisen vilkkautta. Tämä edellyttää toteuttavien organisaatioiden kehittämistä. Osa keinoista rajautuu työelämän ”sisälle”, osa sisältyy kansanterveyden edistämiseen.

Veto-ohjelmalla vaikutetaan sekä työvoiman kysyntä- että tarjontatekijöihin. Näihin vaikuttavat monet tekijät. Työvoiman kysyntään keskeisesti vaikuttavia tekijöitä ovat seuraavat asiat:

- Talouspolitiikka ja erityisesti eläkepolitiikka
- Työpaikkojen henkilöstöpolitiikka ja työn organisoinnin tavat
- Työmarkkinakysymykset kuten työllisyystilanne, työttömyys ja lomautukset

Henkilökohtaisia työssä pysymiseen tai sieltä vetäytymiseen liittyviä seikkoja ovat seuraavat:

- Työolosuhteet
- Terveys ja työkyky
- Henkilökohtaiset arvot ja työn arvostus
- Työn ulkopuoliset sosiaaliset velvollisuudet
- Työn houkuttelevuus

Veto-ohjelma on kirjannut viisi tavoitetta, joista osa on hyvin konkreettisia, ja neljä keinoa. Nämä ovat

1. Työssä oloaika jatkuu ja työelämässä pysytään 2-3 vuotta nykyistä kauemmin (vertailukohtana vuodet 2002/2010)
2. Sairauksien aiheuttamat poissaolot kääntyisivät laskuun ja vähenevät 15 prosenttia nykytasosta (vertailukohtana vuodet 2002/2007)
3. Työtapaturmien taajuus ja ammattitautien syntyminen vähenevät 40 prosenttia nykytilasta ja niiden vakavuusaste vähenee (vertailukohtana vuodet 2002/2010)
4. Työikäisten tupakointi ja alkoholin kulutus kääntyvät selvään laskuun (vuodesta 2002 alkaen)
5. Työelämään tulo aikaistuu keskimäärin nykyisestä (muutos näkyvissä vuodesta 2004 alkaen)
6. Luodaan ja toteutetaan kokonaisvaltainen perhepoliittinen ohjelma (hyväksytään 2003-2004)
7. Työterveyshuollon laatu ja saatavuus paranevat, ja yhteistyö kuntoutuksen kanssa tehostuu (koko ohjelmakausi)
8. Toimeentuloturva- ja eläkejärjestelmien kannustavuus lisääntyy ja työssä pysyminen ja työhön paluu lisääntyvät (koko ohjelmakausi)
9. Yleinen ilmapiiri ja asenteet muuttuvat niin, että ohjelman sisällölliset tavoitteet voidaan hyväksyä ja saavuttaa (2004-)

Veto-ohjelman tavoitteet yhdestä viiteen ovat välittömässä yhteydessä hallituksen 75 prosentin työllisyystavoitteen kanssa. Osa tavoitteista ei korosta vain korkean työllisyysasteen saavuttamista, vaan myös tehtyjä työtunteja ja työnantajan sairasoajan korvauksia työntekijöille. Tavoitteet kuudesta yhdeksään ovat sosiaali- ja terveysministeriön keinoja, joilla edistetään em. tavoitteiden saavuttamista.

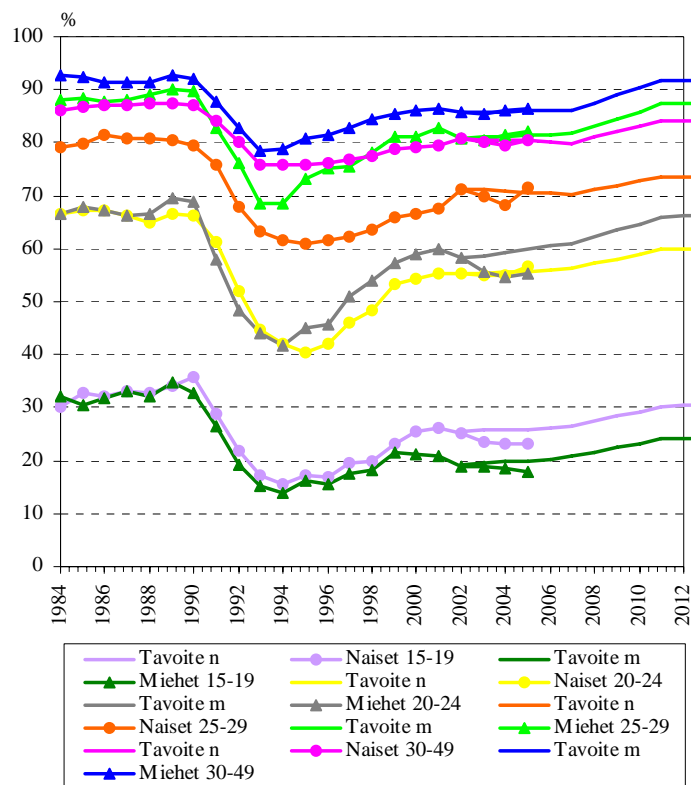
Veto-ohjelman indikaattoreista osa jaetaan alaryhmiin iän, sukupuolen ja/tai sosiaalisen statuksen mukaan. Tavoitteet on paremmin kuvattavissa kuin keinot. Keinojen kuvaamiseen joudutaankin panostamaan jatkossa huomattavasti.

Indikaattorit on rakennettu pääsääntöisesti siten, että Veto-ohjelman perusvuosi on 2002. Ohjelman onnistuneisuutta arvioidaan kahden vaihtoehdon suhteen. Vaihtoehto 1 piirtää hallituksen työllisyystavoitteen mukaisen uran ja vaihtoehto 2 piirtää uran, jossa työllisyysasteet jäävät vuoden 2002-tasolle.

Veto-ohjelman indikaattoreista osaa on käsitelty tämän julkaisun muissa osissa. Työikäisten tupakointia ja alkoholin kulutusta on käsitelty luvussa 3. Perhepolitiikkaa on käsitelty luvussa 6. Toimeentuloturvakysymyksiä luvussa 5. Työelämän kannustimia luvussa 1. Tässä luvussa keskitytään jäljelle jääneisiin indikaattoreihin eli 1-3, 7, 9. Ennen siirtymistä varsinaisiin Veto-indikaattoreihin tarkastellaan ohjelman taustaindikaattoreita.

3.2.1 Taustaindikaattorit

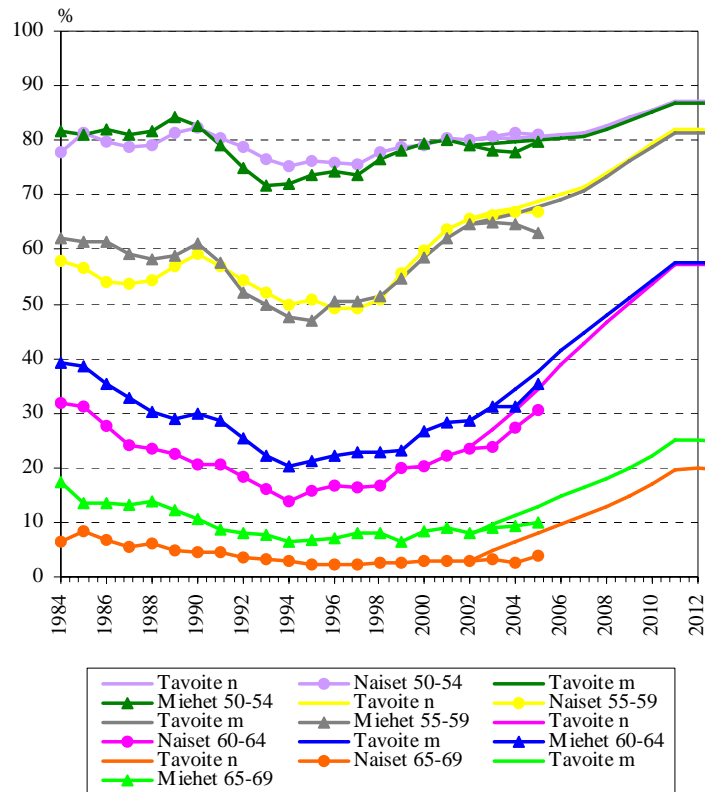
Kuvio 19. 15 – 49-vuotiaiden miesten ja naisten työllisyysasteiden kehitys vuosina 1984-2005 sekä 75%:n työllisyysastetavoiteura vuoteen 2012, %



Jotta 75 prosentin työllisyystavoiteura saavutettaisiin, miesten 25 - 49-vuotiaiden työllisyysasteet palautuisivat 1980-luvun tasolle. Sekä miesten että naisten työllisyysasteet ikäluokissa 15 - 24-vuotiaat jäisivät hieman alle 1980-luvun tasojen pidentyneiden koulutusaikojen vuoksi. Nuorten naisten 25 - 29-vuotiaiden kiinnittyminen työmarkkinoille olisi edelleen vaikeampaa ja ero vastaavan ikäisiin miehiin olisi hieman kasvanut 1980-lukuun verrattuna.

Jotta 75 prosentin työllisyystavoiteura saavutettaisiin, kaikissa ikääntyneitten ikäluokissa työllisyysasteet tulisi kohota korkeammalle tasolle kuin 1980-luvulla. Paraneminen tulisi olla voimakkainta ikäluokassa 60-64-vuotiaat. Työllisyysasteiden tulisi kohota merkittävästi myös ikäluokassa 65-69-vuotiaat. Keskeiset toimet työllisyyden parantamiseksi tulisi edelleen suunnata yli 50-vuotiaisiin.

Kuvio 20. Ikääntyneiden miesten ja naisten työllisyysasteet vuosina 1984 - 2005 sekä 75 %:n työllisyysastetavoiteura vuoteen 2012, %



Kuviot 19–20 kertovat, että työllisten koulutusasteet ikäryhmittäin kuvaavat hyvin potentiaalia työssä pysymiseen, sillä koulutus korreloi voimakkaasti työllisyyteen ja erityisesti ikääntyvien työssä jatkamiseen.

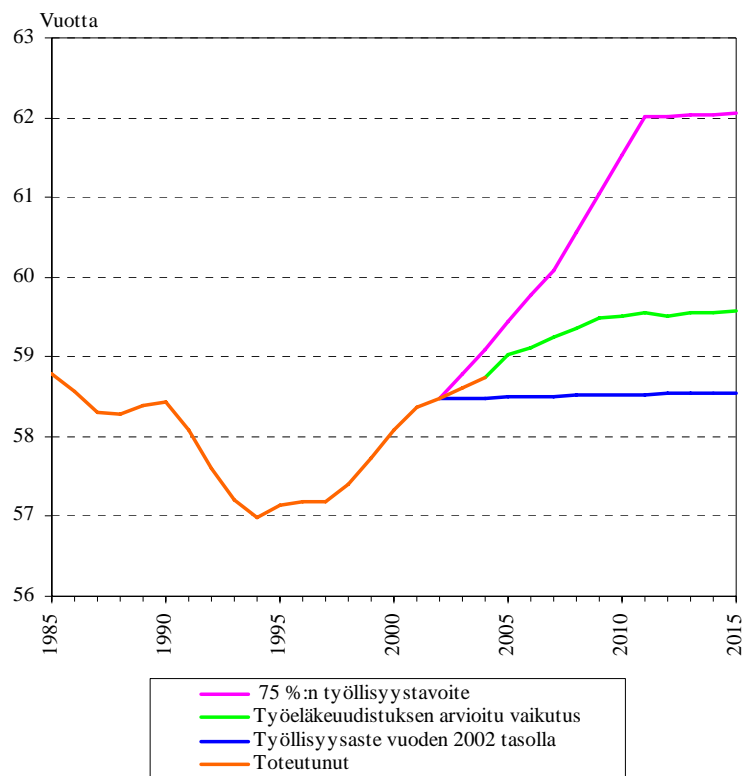
Koulutuksen lisääntyminen vahvistaisi ikääntyvien työllisyyttä yhteensä kolmella prosentilla. Ikääntyvillä naisilla työllisyys vahvistuisi neljällä ja miehillä puoleltoista prosentilla. Tämä helpottaa osaltaan korkean työllisyyden aikaansaamista. Kun 2000-luvun keskeisenä työllistämishaasteena on edelleen yli 50-vuotiaiden työssä pysyminen.

3.2.3 Seurantaindikaattorit

Työssä oloaika

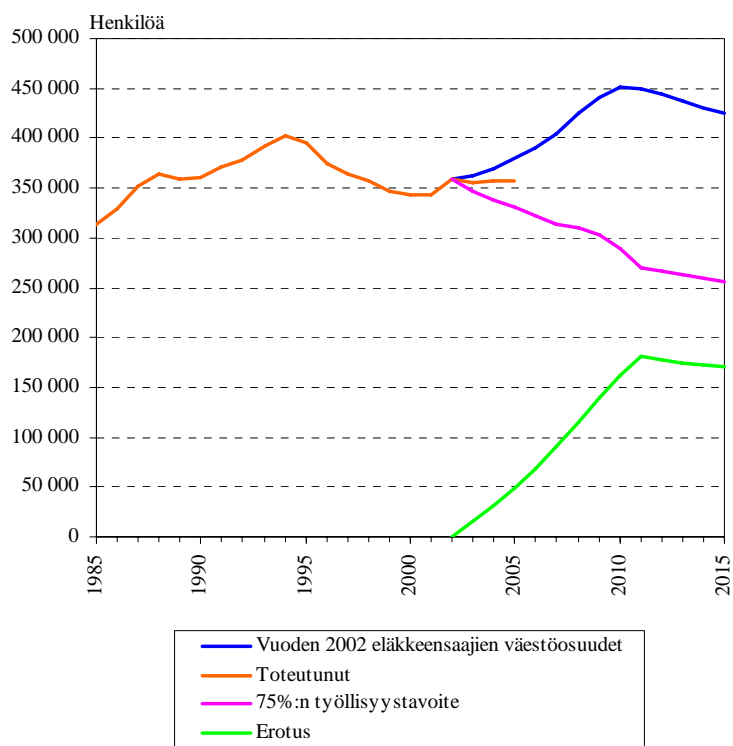
Veto-ohjelman tavoitteena on, että työhön osallistumisaste eri ikäryhmissä nousee ja työssäoloaika pitenee nykyisestä 2–3 vuotta. Tähän pyritään parantamalla samanaikaisesti sekä työhyvinvointia että työnteon taloudellisia kannustimia.

Kuvio 21. 50-vuotiaan työnjättöiän odote 1984 - 2005 sekä 75 %:in työllisyysasteen tavoite vuoteen 2015



Jotta 75 prosentin työllisyystavoite toteutuisi, työssäoloa pitäisi jatkaa runsaat kolme vuotta ja työttömyysasteen tulisi laskea 3 prosenttiin. Viimeksi mainittu merkitsisi täys-työllisyyttä tai kenties sen ”ylitse menemistä”. Islannin, Tanskan ja myös Ruotsin kokemusten mukaan tähän suuntaan on periaatteessa mahdollista edetä. Kehitys näyttäisi seuraavan STM:ssä tehtyjä eläkeuudistuksen vaikutusten ennusteuraa (kuvio 21). Tämä kehitys ei kuitenkaan ole hallituksen työllisyystavoitteen kannalta riittävä.

Kuvio 22. Alle 65-vuotiaiden eläkkeensaajien määrän kehitys yhteen sovitettuna 75 prosentin työllistavoitteen kanssa ja vuoden 2002 mukaisin eläkkeensaajien osuuksin vuoteen 2015 eräissä vaihtoehdoissa

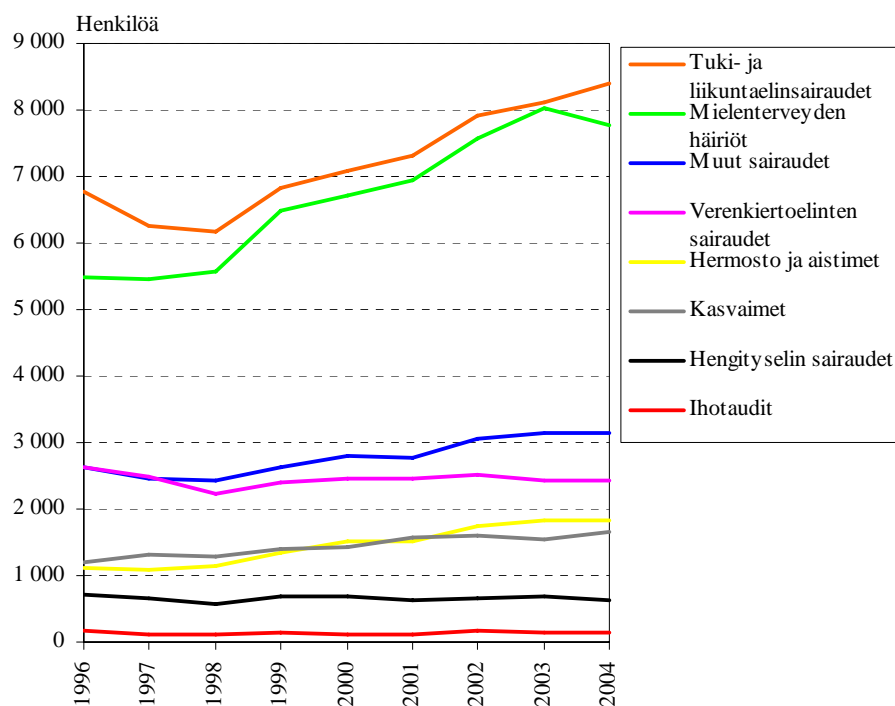


Alle 65 –vuotiaiden eläkkeensaajien määrän kehitys näyttäisi vakiintuneen ikärakenteen muutoksesta huolimatta. Jotta 75 prosentin työllisyystavoite toteutuisi, eläkkeensaajien määrän tulisi kuitenkin laskea kumulatiivisesti liki 200 000 henkilöllä vuoteen 2012 mennessä.

Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella eläkkeelle siirtyneiden määrä on kasvanut tasaisesti. Myös mielenterveysperusteilla eläköityminen on lisääntynyt. Eriasteinen masennus on lisääntynyt ja hoitamattomana se pahimmassa tapauksessa johtaa työkyvyttömyyteen.

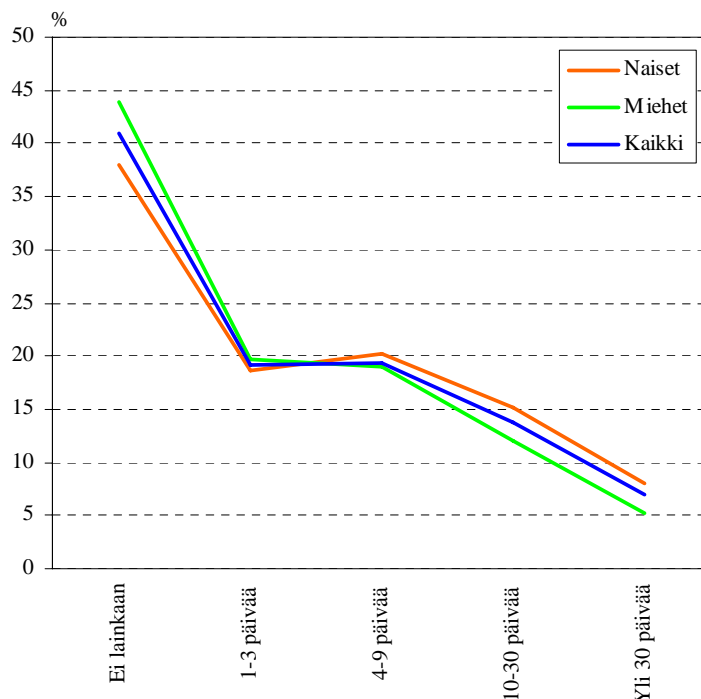
Kuntoutus on tärkeä keino paitsi myöhentää eläkkeelle siirtymistä myös edesauttaa palaamaan työhön pitkälistien sairauksien jälkeen. Kuntoutus on nopeasti kehittyvä palvelusegmentti. Uusia kuntoutusmuotoja kehitetään lääketieteen edistyessä. Erityistä huomiota on pyritty kiinnittämään kuntoutuksen riittävän varhaiseen aloittamiseen. Tämä edellyttää palvelujärjestelmän ”herkkyyden” kehittämistä. Tämän lisäksi tarvitaan herkkyyttä ja valmiutta panostaa niille alueille, joissa kuntoutuksen tarve näyttää olevan kasvussa. Mielenterveyden ongelmat ovat lisääntyneet, mikä näkyy myös kuntoutettujen määrissä. Diabeteskuntoutujien määrä on toistaiseksi pieni verrattuna muihin sairauksiin, mutta arviot ja ennusteet sairastuneiden määrän kasvusta edellyttävät myös kuntoutuksen lisäämistä.

Kuvio 23. Työeläkkeen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet työkyvyttömyyden syyn mukaan vuosina 1996-2004, henkilöä



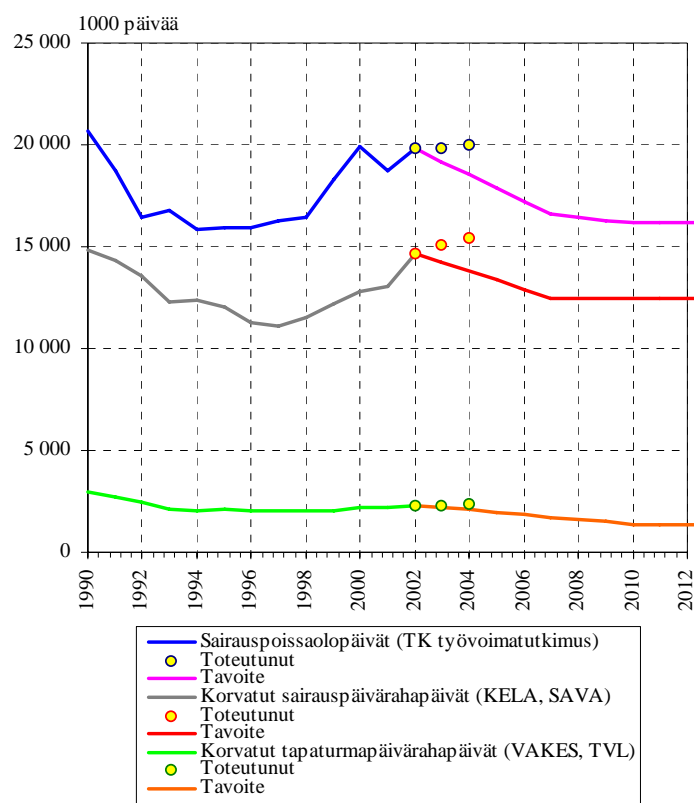
Sairauksien aiheuttamat poissaolot

Kuvio 24. Sairauspoissaolot oman sairauden takia vuonna 2003

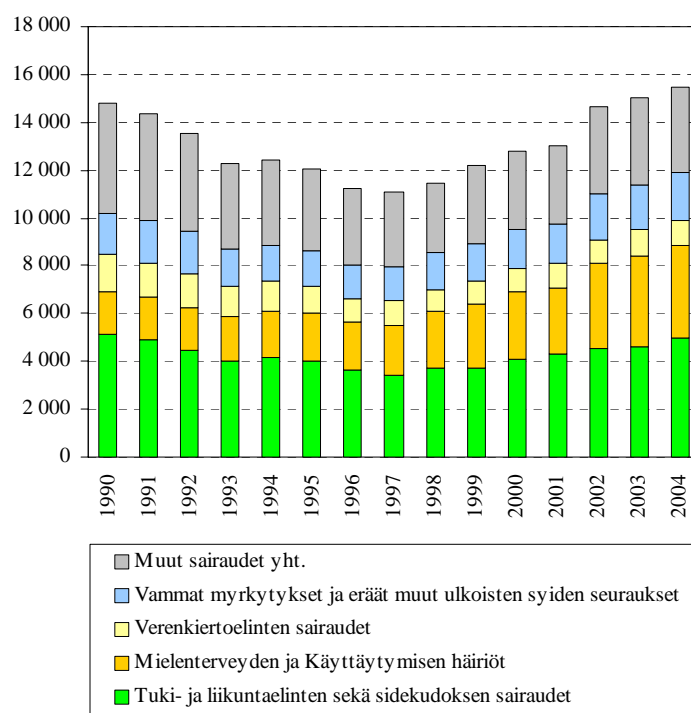


Suurin osa sairauden takia poissaoloista on kestoaltaan lyhyitä. Pitkiin sairauspoissaoloihin liittyy yleensä tapaturma tai vakava sairaus.

Kuvio 25. Sairaus- ja tapaturmapoissaolopäivät 1990-2004 sekä tavoite 2003-2012, 1000 päivää



Kuvio 26. Korvatut sairauspäivärahopäivät sairauden mukaan 1990 – 2004

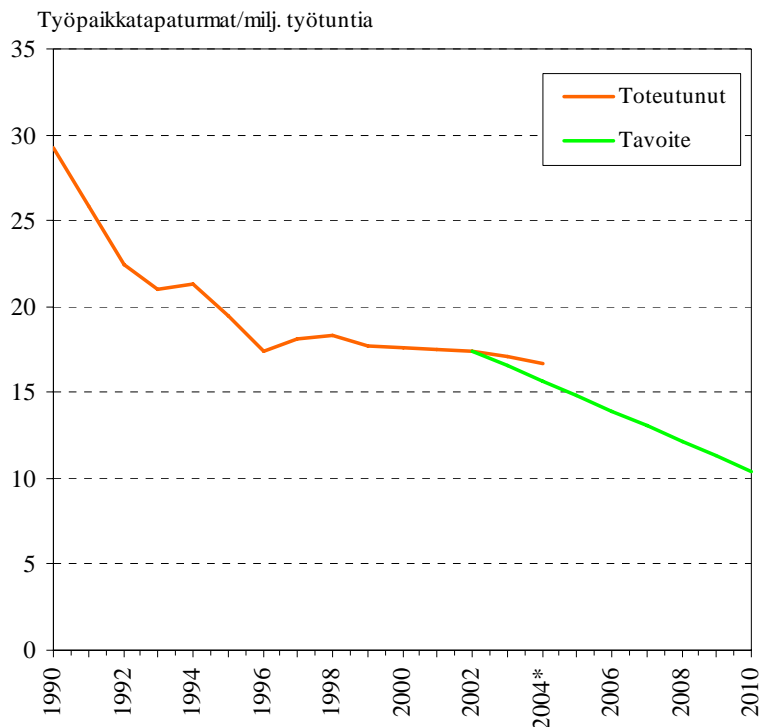


Sairauspoissaolot näyttävät vakiintuvan 20 000 henkilön tasolle ja näin tavoitteellinen laskeva ura erkaantuu yhä kauemmaksi (2.2). Korvatut sairauspäivärahat ovatkin kohonneet edelleen viime vuosina (2.3).

Työtapaturmat ja ammattitaudit

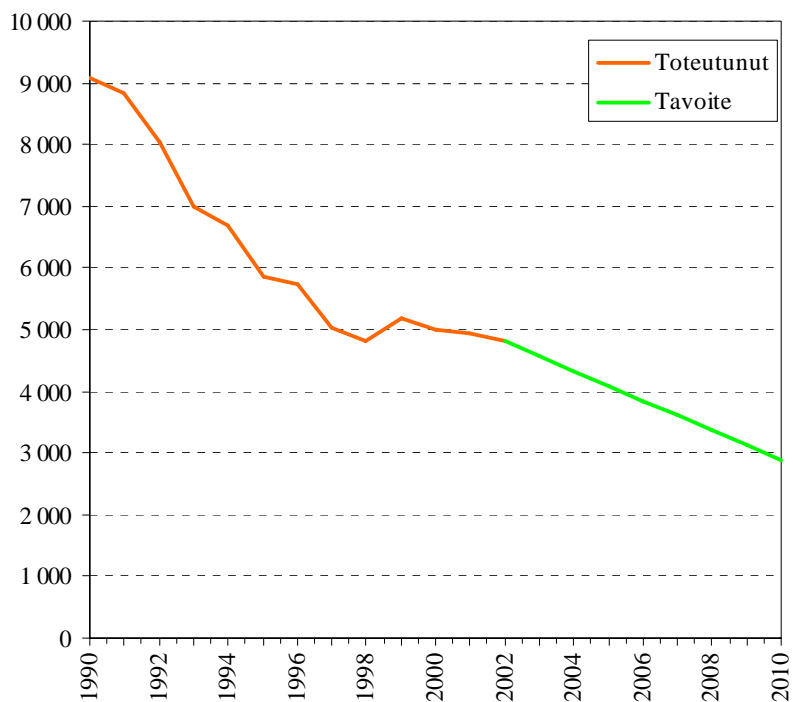
Palkansaajien työtapaturmatiheys ja ammattitaudit sekä työpaikka- ja työmatkatapaturmat laskevat edelleen, mutta hieman hitaammin kuin tavoitteellinen ura edellyttäisi. (3.1, 3.2 ja 3.3).

Kuvio 27. Palkansaajien työpaikkatapaturmat 1 000 palkansaajaa kohti 1990-2003 ja tavoite 2003-2010

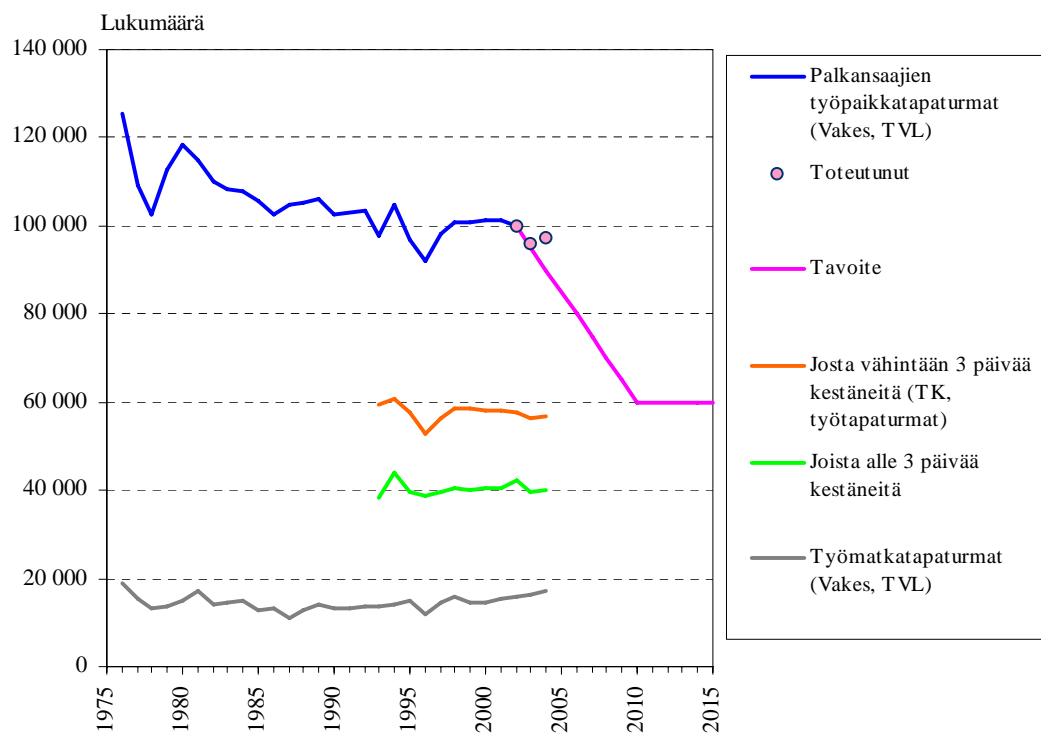


Palkansaajien ammattitautien, työpaikka- ja työmatkatapaturmien määrä on viime vuosina pysynyt hyvin samanlaisena. Laman hellittäessä ja taloudellisen aktiviteetin lisääntyessä tapaturmien määrä kasvoi, mutta aivan viime vuosina on päästy hyvin hitaasti laskevalle uralle. Kun otetaan huomioon, että talous on koko ajan kasvanut, on tapaturmien määrä suhteessa tuotannon määrään laskenut huomattavasti selvemmin, joten turvallisuuteen panostaminen on tuottanut hedelmää. Silti nimenomaan rakennusosalalla turvallisuudessa on kohennettavaa.

Kuvio 28. Palkansaajien ammattitaudit 1990-2002 ja tavoite 2003-2010

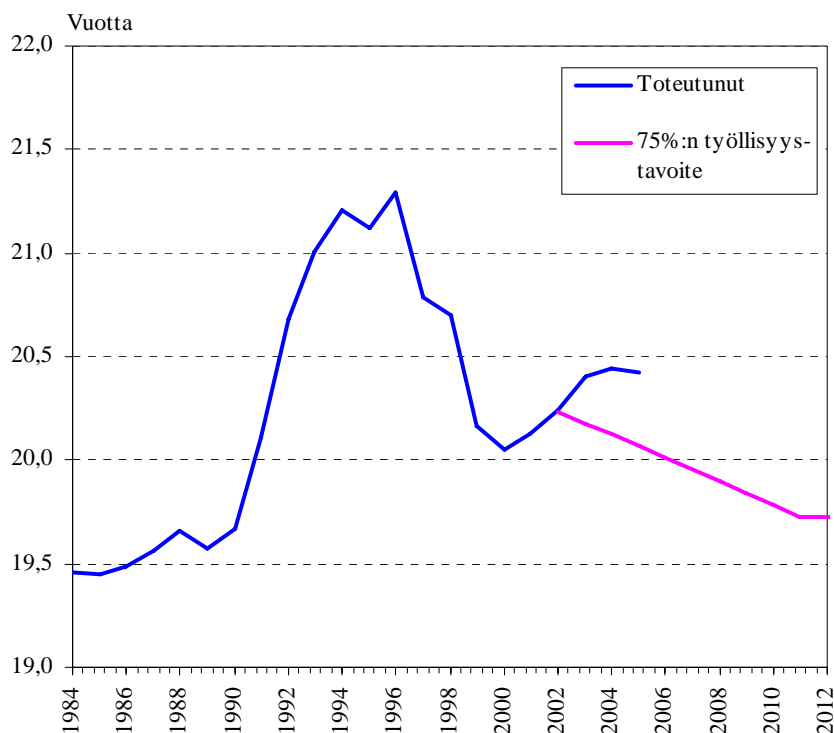


Kuvio 29. Työpaikka- ja työmatkatapaturmat 1976-2004 ja tavoite 2003-2015



Työelämään tulo

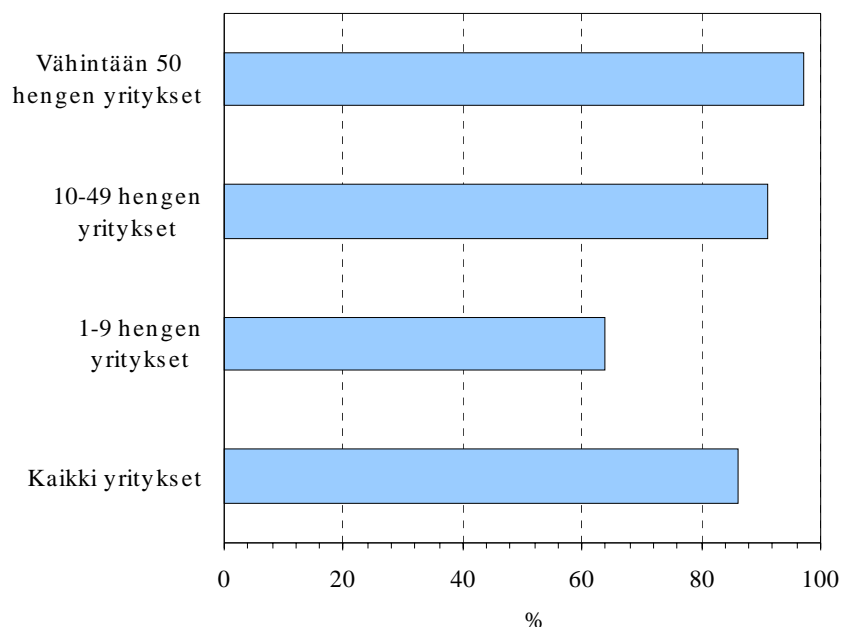
Kuvio 30. Opiskelun ja varusmiespalvelun päättöikä 1984 – 2005 sekä 75 %:n työllisyysastetavoitteen mukainen päättöikä 2002 – 2012



Työelämään tulo on alkanut myöhentyä vuodesta 2000 lähtien. Talouden kasvu on hidastunut erittäin ripeistä 1990-luvun jälkipuoliskon kasvun vuosista. Työhön tulo ikä on silti vajaan vuoden aiempi kuin syvän taloudellisen laman vuosina 1993-1996. Työelämän siirtymisen aikaistumista edesauttaa se, että korkeakoulutukseen pääsy aikaistuu vuodella 2008 mennessä. Koulutuspoliittiset tavoitteet myöhentävät koulutusasteen nostamisen osalta työelämään siirtymistä. Saumaton siirtyminen peruskoulutuksesta jatkokoulutukseen ja vastaavasti jatkokoulutuksesta työelämään ovat tärkeässä asemassa koulutuspoliittisten ja työllisyyspoliittisten tavoitteiden yhteensovittamisessa.

Työterveyshuolto

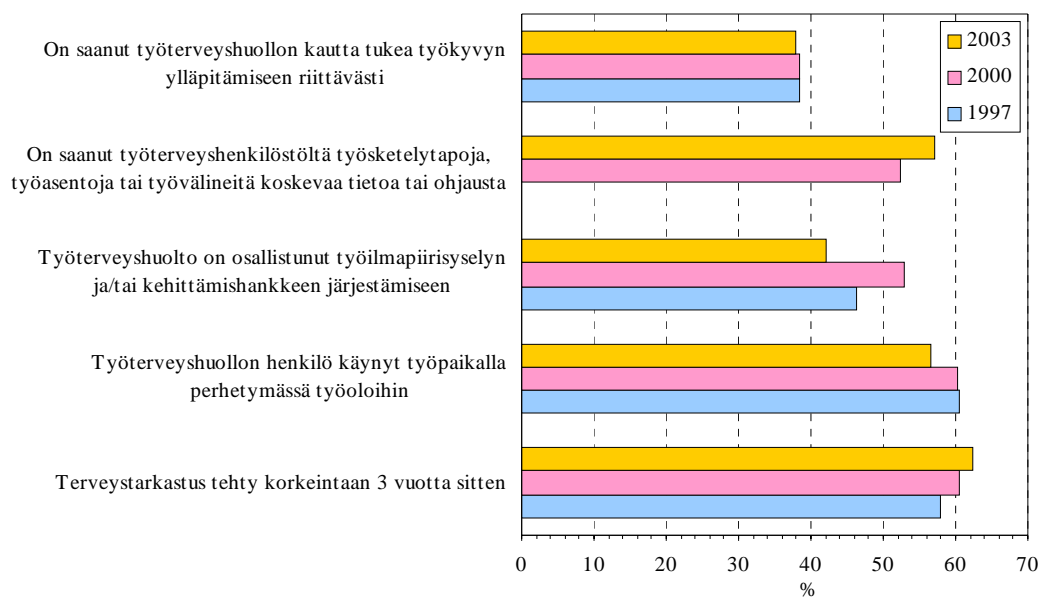
Kuvio 31. Työterveyshuollon kattavuus yrityskoon mukaan 2003



Suuremmissa yrityksissä työterveyshuollon kattavuus on jo lähes 100 prosenttia. Sen sijaan pienemmissä yrityksissä työskentelevillä ei ole vielä kaikilla työterveyshuoltoa järjestetty.

Suomessa oli vuonna 2002 noin 226 500 yritystä. Näistä 93 prosenttia oli alle 10 henkilöä työllistäviä mikroyrityksiä. Lähes neljännes työvoimasta työskentelee mikroyrityksissä ja yli 60 prosenttia Pk-yrityksissä.

Kuvio 32. Työterveyshuollon toiminnan osoittimia 1997 - 2003, % työssäkäyvistä

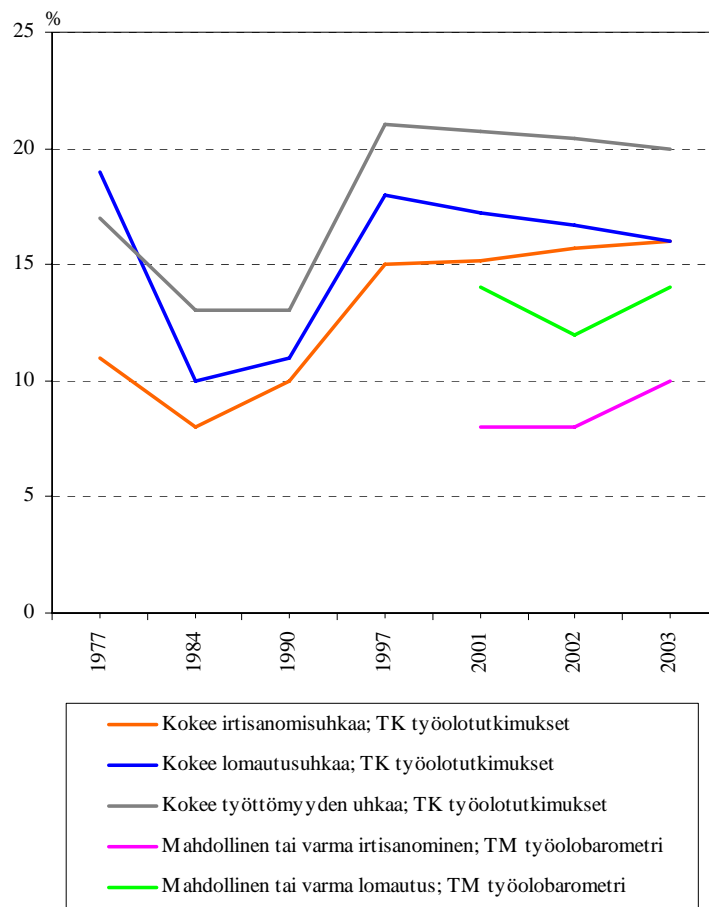


Aikaisempiin vuosiin verrattuna erityisesti terveystarkastukset ovat lisääntyneet sekä työterveyshenkilöstön ohjaus liittyen työskentelytapoihin, työasentoihin tai työvälineisiin.

Yleinen ilmapiiri ja asenteet

Työelämän kiire on lisääntynyt, mutta viimeisin selvitys osoittaa pientä lievenemistä kiireen haittaavuuden kokemisessa. Ylityö ilman korvausta lisääntyi 1990-luvulla, mutta on 2000-luvulle tultaessa jopa hieman vähentynyt. Varsin suuri joukko on ajatellut siirtyvänsä eläkkeelle jo ennen eläkeikää. Työpaikan muutoksista ei enää saada riittävästi ja ajoissa tietoa.

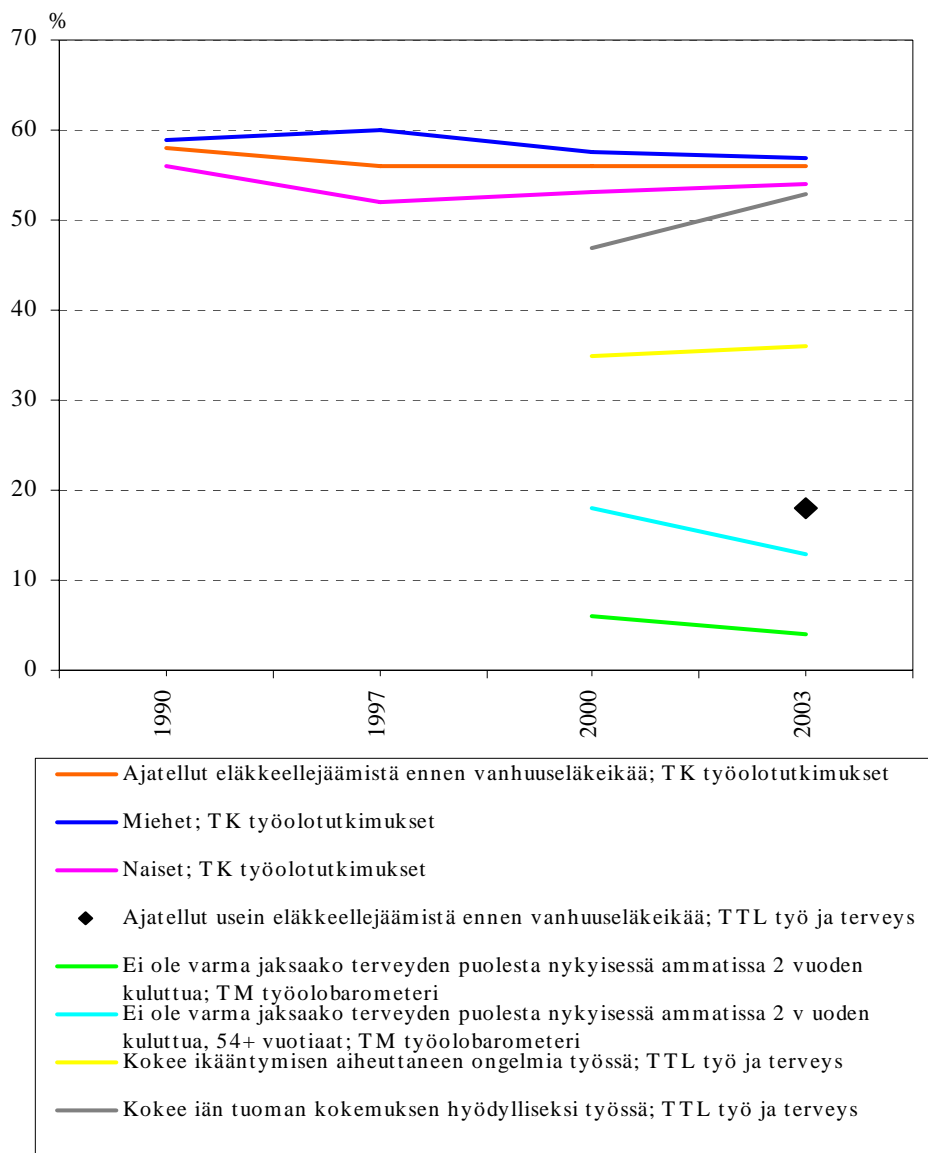
Kuvio 33. Työhön liittyviä epävarmuus tekijöitä 1977 – 2003



Työhön liittyvät epävarmuustekijät lisääntyivät laman jälkeen, mutta nyt on havaittavissa merkkejä lievistä vähenemisistä.

Työelämän kiire on lisääntynyt, mutta viimeisin selvitys osoittaa pientä lievenemistä kiireen haittaavuuden kokemisessa. Ylityö ilman korvausta lisääntyi 1990-luvulla, mutta on 2000-luvulle tultaessa jopa hieman vähentynyt. Varsin suuri joukko on ajatellut siirtyvänsä eläkkeelle jo ennen eläkeikää. Työpaikan muutoksista ei enää saada riittävästi ja ajoissa tietoa.

Kuvio 34. Ajatellut siirtyä eläkkeelle jo ennen vanhuuseläkeikää 1990 - 2003



Yhteiskunnan yleinen ilmapiiri, asenneilmasto työhön, vapaa-aikaan ja näiden jakaantumiseen elämänskaaren puitteissa ovat niin tärkeitä asioita, että niihin vaikuttaminen otettiin Veto-ohjelman yhdeksi tavoitteeksi. Asenteet ja arvot muuttuvat yleensä hyvin hitaasti, joten niiden muokkaaminen edellyttää hyvin pitkäjänteistä vaikuttamista. Monet kannustimet vaikuttavat nekin pitkällä aikavälillä. Osa kannustimista (esimerkiksi korotetut eläkekertymät) puolestaan ajoittuu joihinkin määrättyihin työelämän vuosiin. Näin ollen tarvitaan koko työuran vaikuttavia ”yleiskannustimia”, joihin toimivat juuri asenteet.

IV Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito

Syrjäytymisen ehkäisyn ja hoidon vaikuttavuustavoitteet

- Pitkäaikaistyöttömyys ja rakennetyöttömyys alenevat
- Toimeentulotuen pitkäaikainen tarve vähenee
- Lapsiperheiden köyhyys alenee
- Lasten ja nuorten ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja lisätään
- Päihdehuollon, mielenterveyden ja lastensuojelun palveluita lisätään
- Huumehoitopalvelujen saatavuus paranee
- Hallinnonalojen yhteistyötä syrjäytymisen torjunnassa tiivistetään
- Asunnottomien määrä vähenee

Hallituksen strategia-asiakirjassa merkittävimmiksi keinoiksi syrjäytymisen hallinnassa on mainittu työttömyyden alentaminen, vähimmäisetuuksien tason riittävyys sekä erityisryhmien palveluiden toimivuus. Palveluiden kehittämisessä otetaan huomioon maahanmuuttajien erityisongelmat. Syrjäytymisriskien kasaantuminen edellyttää eri hallinnonalojen tehokasta yhteistyötä. Avaimena on sosiaalityön, yhteispalveluiden ja moniammatillisuuden vahvistaminen. Myös asunnottomuuden vähentämiseen liittyvät toimenpiteet ovat tärkeitä syrjäytymisen ehkäisyn kannalta.

4.1 Moniongelmaisuus ja syrjäytyminen

Syrjäytymisellä tarkoitetaan kasautunutta huono-osaisuutta, jossa yhdistyvät pitkäaikainen tai usein toistuva työttömyys, toimeentulo-ongelmat, elämänhallintaan liittyvät ongelmat ja syrjäytyminen yhteiskunnallisesta osallisuudesta. Syrjäytymiseen voi liittyä sairautta tai vammaisuutta, poikkeavaa käyttäytymistä, rikollisuutta ja päihteiden käyttöä. Mikään yksittäinen ongelma ei sinänsä aiheuta syrjäytymistä, vaan kysymys on kasautuvista ongelmista ja eräänlaisen huono-osaisuuden kehän muodostumisesta. Syrjäytymisessä on siten kyse moniulotteisista, pitkäaikaisista ongelmista.

Syrjäytyneiden moniongelmaisuuden hallitsemiseksi hallinnonaloja on kannustettu tekemään tiivistä yhteistyötä. Keinoina ovat moniammatillisten työkäytäntöjen vahvistaminen ja tiedonvaihdon parantaminen sekä palvelujärjestelmän rakenteeseen tehdyt muutokset. Kehittämishankkeissa korostetaan palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja organisaatorajoista riippumatonta saumattomuutta. Kiinteää viranomaisyhteistyötä tehdään uusissa pitkäaikaistyöttömille tarkoitetuissa työvoiman palvelukeskuksissa sekä kuntouttavassa työtoiminnassa. Yhteistyöverkostoja on kehitetty paikallisissa ja alueellisissa työllisyysstrategioissa sekä kumppanuushankkeissa.

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisohjelmissa viranomaisia koulutetaan havaitsemaan moniongelmaisuus ja ohjaamaan asiakkaita tarvittaessa myös toisen hallintoalan palveluiden piiriin. Viranomaisyhteistyön kehittäminen koskee mm. sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköjä, Kansaneläkelaitosta, poliisia, kouluja ja oppilaitoksia, työvoimaviranomaisia, työkeskuksia sekä vankeinhoitolaitosta. Myös järjestöt, seurakunnat ja yri-

tykset ovat tärkeitä yhteistyötahoja syrjäytyneiden auttamisessa. Moniongelmaisuuksien havaitsemisessa ja sen hoidossa yksilön tietosuoja joutuu ajoittain vastakkain palvelujärjestelmän tietotarpeiden kanssa.

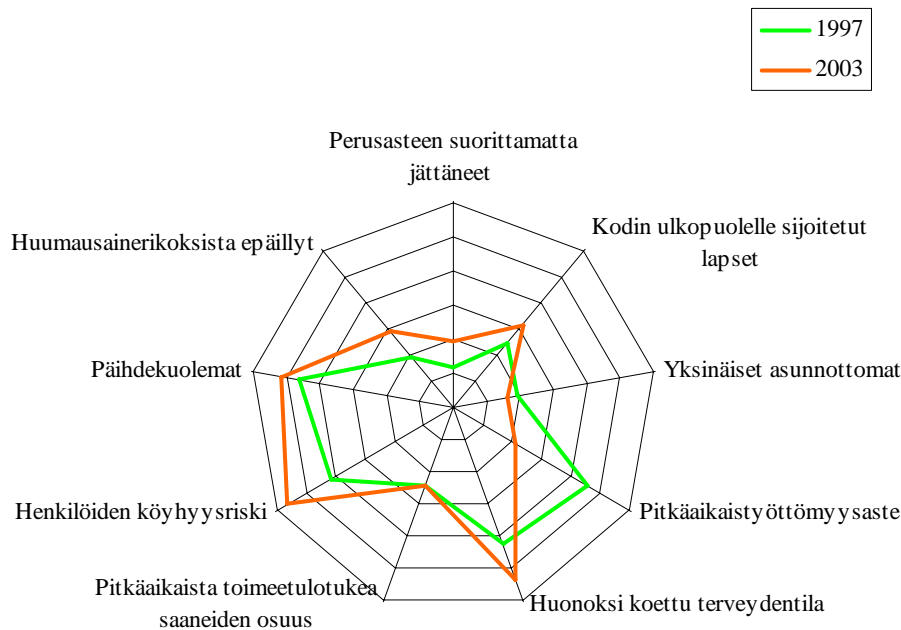
Moniongelmaisuus vaikuttaa myös asetettujen kannustimien tehokkuuteen. Taloudellisten kannustimien toivotut käyttäytymisvaikutukset perustuvat oletukseen järkipäisestä taloudellista harkinnasta. Oletus kyvystä ja tahdosta toimia taloudellisen rationaliteetin mukaan ei useinkaan vastaa syrjäytyneiden todellisuutta. Mielenterveyden häiriöiden, sairauksien tai päihderiippuvuuden hallitessa elämää taloudellinen harkinta jää helposti muiden huolien varjoon. Kannustimien käyttö edellyttää kohderyhmien tilanteen ja yksilöllisten motiivien tarkkaa tuntemista ja ymmärtämistä. Sekä kyky että motiiveista johtuva halu toimia kannustimien edellyttämällä tavalla voi olla syrjäytymisuhan alaisilla hyvinkin erilainen kuin valtaväestöllä keskimäärin.

Syrjäytyneiden motivointi oman tilanteensa kohentamiseen on aktivointitoimenpiteiden onnistumisen edellytys. Uskoa omaan kykyihinkin ja toivon näköalojen tarjoamista tulee vahvistaa asteittain. Intensiivisellä yksilökohtaisella avulla on saatu parhaita tuloksia aikaan syrjäytyneiden aseman parantamisessa ja heidän sosiaalisessa kuntoutuksessaan. Syrjäytyneiden määrän kasvaessa tämä vaatii kuitenkin huomattavia voimavaroja. Syrjäytyneille tarkoitettujen palveluiden kehittäminen on ollut lähinnä kuntien ja kolmannen sektorin vastuulla. Voimavarojen niukkuus asettaa rajat yksilökohtaisten palvelujen tarjoamiselle. Pitkällä aikavälillä syrjäytymisen ehkäisyllä saavutettava yhteiskunnallisten kustannusten säästö on kuitenkin merkittävä inhimillisen hädän lievenemisen ohella.

4.1 Syrjäytymisen kehitys

Tilastojen valossa syrjäytymisen riskitekijät väestössä kasvoivat nopeasti 1990-luvulla. Työllisyydessä tapahtui käänne parempaan 1990-luvun jälkipuoliskolla. Vuosituhannen vaihteen jälkeen useita vuosia pienten tulojen varassa elävien osuus on kasvanut. Pitkittyessään pienituloisuus lisää syrjäytymisriskiä. Köyhyyden pitkittyminen on yleensä yhteydessä pitkäaikaistyöttömyyteen. Pitkäaikaistyöttömien määrä on supistunut lähes puoleen 1990-luvun huippuvuosista. Määrässä on havaittavissa yhä lievää vähenemistä. Kokonaisuutena syrjäytymisriskit näyttävät viime aikoina lisääntyneen erityisesti lasten ja nuorten sekä päihteiden käyttäjien keskuudessa. Pitkäaikaistyöttömyyttä ja asunnottomuutta on kuitenkin onnistuttu vähentämään 1990-luvun tasosta.

Kuvio 35. Syrjäytymisen riskitekijöiden kehitys Suomessa 1997 ja 2003



4.2 Syrjäytyneiden tukeminen ja kannustaminen

Hallituksen kannustavat ja tukevat toimenpiteet kohdistuvat erilaisiin syrjäytymisuhanalaisiin väestöryhmiin seuraavasti:

- Pitkäaikaistyöttömiä kannustetaan erilaisin aktiivitoimin ja kuntouttavien toimenpitein palaamaan työmarkkinoille.
- Syrjäytymisvaarassa olevia nuoria tuetaan ja kannustetaan hankkimaan riittävä ammatillinen koulutus.
- Asunnottomien pääsyä itsenäiseen tai tuettuun asumiseen parannetaan.
- Pitkäaikaissairaiden ja vajaakuntoisten toimintakykyä pyritään ylläpitämään ja kohentamaan. Mahdollisuutta päästä työhön tuetaan. Toimeentulo pyritään takaamaan viime sijassa eläkejärjestelyjen avulla.
- Päihdeongelmaisia kannustetaan etsiytymään palvelujärjestelmän piiriin, raitistumaan tai vähentämään päihteiden käyttöä.
- Toimeentulovaikeuksissa olevia tuetaan oman talouden hallinnassa ja kannustetaan vastuulliseen taloudenhoitoon.
- Yhteiskunnan yleisesti hyväksytyjä sääntöjä rikkovia kannustetaan hankkimaan toimeentulo laillisilta ja normaaleilta työmarkkinoilta sekä luopumaan väkivallan käytöstä tai muusta rikollisesta toiminnasta.
- Maahanmuuttajia autetaan sopeutumaan suomalaiseen yhteiskuntaan ja tuetaan heidän työllistymistään.

Seuraavassa esitetään kohderyhmittäin käynnistettyjä toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on tukea edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamista.

Pitkäaikaistyöttömät

Vuoden 2006 alussa käynnistyvän **pitkäaikaistyöttömien yhteiskuntatakuun** tarkoituksena on tarjota työtä tai työllistymistä tukevia toimenpiteitä kaikille yli 500 päivää passiivista työmarkkinatukea saaneille työttömille. Työnhakijalla on velvollisuus vastaanottaa tarjottu työ tai osallistua aktiivitoimiin työttömyysturvan menettämisen uhalla. Yhteiskuntatakuun toteuttamiseksi hallitus lisää aktivointiin tarkoitettuja määrärahoja ja kohdentaa passiiviseen työttömyysturvaan varattua määrärahaa työttömien aktivointiin. **Työvoiman palvelukeskukset** tarjoavat miniammatillisia palveluja työmarkkinoille pääsyn kannalta vaikeimmassa asemassa oleville. Palvelukeskukset vastaavat työnhakijoista, jotka tarvitsevat työvoimapalveluiden lisäksi myös muita palveluja, kuten kuntien terveys- ja sosiaalipalveluja.

Viranomaisyhteistyöhön kannustamiseksi työmarkkinatuen rahoitusvastuu jakautuu 500 passiivisen työttömyyspäivän jälkeen puoliksi valtion ja kuntien kesken vuoden 2006 alusta alkaen. Toimeentulotuen rahoitus on aina jaetun rahoitusvastuun piirissä. Valtio ja kunnat kantavat siten yhtä suuren taloudellisen vastuun pitkäaikaistyöttömyyden aiheuttamista välittömistä kustannuksista.

Kunnat ovat järjestäneet **kuntouttavaa työtoimintaa** vaikeasti työllistyville pitkäaikaisyöttömille vuodesta 2001 lähtien. Kuntouttavan työtoiminnan toimeenpano kunnissa jatkuu.

Sosiaalisten yritysten avulla halutaan sekä lisätä vajaakuntoisten ja pitkäaikaistyöttömien mahdollisuuksia päästä töihin että edistää yrittäjyyttä. Työministeriössä valmisteltu laki sosiaalisista yrityksistä astui voimaan vuoden 2004 alussa. Sosiaalinen yritys voi toimia väylänä kohti avoimia työmarkkinoita sekä tarjota pysyviä työpaikkoja vaikeasti työllistyville henkilöille. Elokuussa 2005 rekisteröityneitä sosiaalisia yrityksiä oli 20. Rekisteröintivaiheessa näissä yrityksissä oli työsuhteessa noin 100 vajaakuntoista tai pitkäaikaistyötöntä.

Syrjäytymisvaarassa olevat nuoret

Nuorten koulutus- ja yhteiskuntatakuun toimeenpano aloitettiin vuonna 2005. Pyrkimyksenä on, että mahdollisimman moni nuori hankkii vähintään toisen asteen ammatillisen koulutuksen ja että kaikkien alle 25-vuotiaiden työttömyyteen puututaan mahdollisimman nopeasti. Työttömiksi jääville nuorille tarjotaan aktiivinen ratkaisu viimeistään kolmen työttömyyskuukauden jälkeen.

Kunnille, koulutuksen järjestäjille ja työvoimaviranomaisille on tarkoitus luoda **yhteistyömalli**, jotta jokainen oppilas löytää hänelle soveltuvan jatko-opiskelupaikan tai sijoittuu muuten työelämään peruskoulun jälkeen. Työttömien nuorten sijoittautumista työhön tai koulutukseen on tuettu **työpajatoiminnan ja oppisopimuskoulutuksen** avulla.

Varhaista puuttumista koskevalle hankkeelle on laadittu jatkosuunnitelma vuosiksi 2006 – 2007. Jatkotyössä keskitytään varhaista puuttumista tukevien koordinaatorakenteiden ja menetelmien kehittämiseen sekä vahvistamiseen joko kunnissa tai seutukunnissa.

Nuoria tuetaan perusopetuksesta jatko-opintoihin kehitetyn Ota oppi-mallin avulla. Sen tavoitteena on ehkäistä nuorten syrjäytymistä eri hallintoalojen yhteistyöhön perustuvan moniammatillisen työn avulla. Nuorten kuntoutuskokeilussa testattujen menetelmien levittämiseksi koko maahan on käynnistetty erillinen hanke.

Asunnottomat

Valtion asuntorahaston ja Raha-automaattiyhdistyksen varoista on myönnetty investointi- ja toiminta-avustuksia asunnottomuuden vähentämiseen vuosina 2002 – 2005. **Asunnottomuuden vähentämishjelmaa** jatketaan vuoteen 2007 asti yhteistyössä pääkaupunkiseudun kaupunkien, sosiaali- ja terveysministeriön, ympäristöministeriön, Raha-automaattiyhdistyksen, Valtion asuntorahaston sekä sosiaalihuollon palvelutuottajien ja järjestöjen kesken.

Pitkäaikaissairaat ja vajaakuntoiset

Pitkäaikaistyöttömien **kuntoutusmahdollisuuksien ja eläke-edellytysten selvitys-hanke** (Elma) jatkuu. Toiminta on laajentunut koko maahan. Toimeenpanosta vastaavat työvoimatoimistot. Vuonna 2004 tehtiin yhteensä 6 837 työkunnon selvitystä 4 628 asiakkaalle. Myönteisiä eläkepäätöksiä tehtiin 1 526 ja hylkääviä päätöksiä 926. Toukokuussa 2005 tuli voimaan laki pitkäaikaistyöttömien eläketuesta.

Kotipalvelun ja kotihoidon kehittämishanke käynnistyi syksyllä 2004 ja jatkuu vuoteen 2007. Hankkeessa kehitetään palveluiden sisältöä ja laatua sekä tehostetaan toimintaa. **Omaishoidon tuki uudistuu** vuoden 2006 alusta. Omaishoitoa kehitetään vakiintuneeksi osaksi kunnan avohoidon palvelujärjestelmää. Omaishoidon tuen vähimmäispalkkion määrää nostettiin ja lisäksi otettiin uusi palkkioluokka raskasta siirtymähoidon vaihetta varten. Pyrkimyksenä on lisätä asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja kohtuullistaa maksuja erityisesti palveluasumisessa. Maaliskuun alussa 2005 tulee voimaan sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointioikeus määrääjässä 80-vuotta täyttäneille ja kaikille Kelan mak saman erityishoitotuen saajille.

Päihdeongelmaiset

Vuosiksi 2004 – 2007 laaditun kansallisen **alkoholihjelman** tavoitteisiin kuuluu alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamien haittojen merkittävä vähentäminen, alkoholiuomien riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen merkittävä vähentäminen sekä alkoholiuomien kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun. Valtion kehittämishankerahoitusta käytetään päihdehuollon palveluiden kehittämiseen. Kuntien määrärahat palveluiden tarpeeseen nähden ovat olleet riittämättömät viime vuosina. Lääkekorvaushoidon vähäisyys on edelleen pulmakohta.

Keinoja päihdehuollon tavoitteisiin pääsemiseksi ovat matalan kynnyksen palveluiden sekä katkaisu- ja vieroitushoidon kehittäminen, monipäihdekäytön nykyistä parempi huomiointi ottaminen palveluissa sekä poliisin koulutuksen parantaminen hoitoon ohjauksessa. Lisäksi mielenterveys- ja päihdepalveluja on tarkoitus kehittää seudullisina kokonaisuuksina.

Valtioneuvosto antoi periaatepäätöksen 5.2.2004 **huumausainepoliittiseksi toimenpideohjelmaksi** 2004 - 2007. Ohjelman toimeenpano on meneillään. Poikkihallinnollisten toimenpiteiden toteutusta jatketaan huumeisiin liittyvien haittojen vähentämiseksi. Erityisesti ohjelmassa tehostetaan eri viranomaisten huumausaineiden vastaista yhteistyötä.

Toimeentulovaikeuksissa olevat

Eri hallinnonalojen yhteistyö velkahallintaohjelman laatimiseksi käynnistettiin lokakuussa 2003. Työryhmän **ehdotus velkahallintaohjelmaksi** on valmistunut. **Ulosottolain kokonaisuudistus** on lausuntokierroksella. Oikeusministeriön tarkoituksena on antaa hallituksen esitys uudesta laista eduskunnalle vuoden 2006 aikana. Esitykseen sisältyvän ehdotuksen mukaan velka lakkaisi, kun ulosoton määräaika olisi kulunut. Saatavan lakkaaminen merkitsisi käytännössä velan vanhenemista, jolloin velallinen saisi normaalin taloudellisen toimintavapauden.

Sosiaalinen luototus tuli lakisääteiseksi 1.1.2003 lähtien. Sosiaalisen luototuksen tarkoituksena on ehkäistä taloudellista syrjäytymistä ja ylivelkaantumista sekä edistää ihmisen itsenäistä suoriutumista. Sosiaalinen luotto voidaan myöntää henkilölle, jolla ei ole pienituloisuutensa ja vähävaraisuutensa vuoksi muulla tavoin mahdollisuutta saada kohtuuehdoista luottoa ja jolla on kykyä suoriutua hänelle myönnetyn sosiaalisen luoton takaisinmaksusta.

Toimeentulotuen perusosan määrään vaikuttava **asumismenojen** seitsemän prosentin **omavastuuosuus poistetaan** 1.9.2006 alkaen. **Ehkäisevän toimeentulotuen** käyttöä pyritään lisäämään. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi nuorten opiskelun ja työllistymisen turvaajana sekä lasten ja nuorten harrastusten tukemisessa. Samoin sitä voidaan käyttää myös sellaisissa elämäntilanteissa, joissa esim. mielenterveysongelmainen, vapautuva vanki, ylivelkaantunut henkilö tai perhe tarvitsee tukea kuntoutumiseensa, toimeentulomahdollisuuksiensa järjestelyihin tai kohentaakseen sosiaalisia ja taloudellisia olosuhteitaan. Tuen käytöstä saatujen kokemusten perusteella se on erityisen käyttökelpoinen akuuteissa kriisitilanteissa sekä riittävän varhain ja suunnitelmallisesti käytettynä.

Rikokseen syyllistyneet

Ulkoasiainministeriön koordinoima työryhmä on valmistellut **kansallisen toimintaohjelman ihmiskaupan ehkäisemiseksi** keväällä 2005. Hallitus hyväksyi ohjelman elokuussa 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön **toimintaohjelma lähisuhteissa ja perheissä tapahtuvan väkivallan ehkäisemiseksi** 2004 – 2007 on valmistunut ja ohjelman aktiivinen toimeenpano on käynnissä. Naisuhritutkimuksesta tehdään uusintatutkimus 2005 – 2006. Rikoslakiin on otettu erityiset ihmiskauppaa ja törkeää ihmiskauppaa koskevat säännökset, jotka tulivat voimaan 1.8.2004. Samalla säädettiin uusi törkeä tekemuoto paritukseen. Vuosina 2004 – 2005 on toteutettu hanketta nimeltään ”Lapin prostituutio, prostituoitujen auttaminen ja kysynnän vähentäminen”, joka on osa yhteispohjoismaista hankekokonaisuutta.

Hallituksen **esitys nuorten rikoksenteekijöiden asioiden käsittelyä ja seuraamusjärjestelmää koskevan lainsäädännön uudistamiseksi** on valmisteilla. Rahoitusta selvitetään. Rikoksentorjuntaneuvon on laatinut luonnoksen kansalliseksi väkivallan ehkäisyohjelmaksi. Valtioneuvosto antanee periaatepäätöksen asiasta vuoden 2006 alussa.

Vankeuslain ja vankeinhoitolaitoksen organisaation kokonaisuudistus toteutetaan 1.10.2006 lukien. Keskeisenä tavoitteena on parantaa tuomittujen valmiuksia rikoksetto-
maan elämään lisäämällä tavoitteellisia toimintoja ja yksilöllistä rangaistusajan suunnitte-
lua. **Vankien jälkihuoltotyöryhmän** tehtävänä on 15.1.2006 mennessä valmistella ehdo-
tukset vankien jälkihuollon kehittämiseksi ja kriminaalihuollon asiakkaiden tuen tarpei-
den huomioon ottamiseksi.

Hallituksen esitys rikosasioiden sovittelusta on valmisteltu ja eduskuntakäsittely on käyn-
nistynyt syksyllä 2005. **Rikosasioiden sovittelu** on tarkoitus valtakunnallistaa ja vakiin-
nuttaa sekä saattaa valtion rahoittamaksi toiminnaksi.

Syrjäytymisvaarassa olevat maahanmuuttajat

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta tuli voi-
maan vuonna 1999. Lain perusteella laaditaan **kotouttamissuunnitelmia** työmarkkinatu-
keen tai toimeentulotukeen oikeutetuille maahanmuuttajille.

Kotouttamislaki muuttui vuoden 2006 alussa. Tavoitteena tehostaa ja nopeuttaa maa-
hanmuuttajien kotoutumista. Lakiin lisättiin luettelo toimenpiteistä ja palveluista, jotka
edistävät kotoutumista. Keskeinen merkitys on koulutuksella, joka työvoimaan kuuluvien
osalta tähtää työllistymiseen. Luku- ja kirjoitustaidottomien tai riittävää peruskoulutusta
vailla olevien koulutusta on tarkoitus tehostaa. Erityisesti maahanmuuttajanuorten syrjäy-
tymisen ehkäisyn tehostamiseksi on tärkeää laatia heille oma yksilöllinen kotoutumis-
suunnitelma.

V Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Toimivien palvelujen ja kohtuullisen toimeentuloturvan vaikuttavuustavoitteet

- Parannetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja laatua
- Turvataan sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus suomeksi ja ruotsiksi. Mahdollisuuksia saamenkielisiin sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluihin kehitetään
- Uudistetaan palvelujen järjestämisen rakenteita
- Vahvistetaan seudullista yhteistyötä
- Varmistetaan palvelujen kestävä rahoitus
- Edistetään vammaisten mahdollisuutta toimia yhteiskunnassa
- Taataan riittävä vähimmäisturva ja kohtuullinen ansioturva
- Turvataan sosiaalivakuutusten kestävä rahoitus

5.1 Toimivat palvelut

Hallitusohjelman tavoitteena on kehittää terveys- ja sosiaalipolitiikkaa rinnakkain ja yhdensuuntaisin tavoittein mm. kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja sosiaalialan kehittämishojelman avulla. Tavoitteena on turvata väestön tarpeiden mukaisten kunnallisten palvelujen tasa-arvoinen saatavuus, laatu ja riittävä määrä kohtuullisella vero- ja maksurasitteella

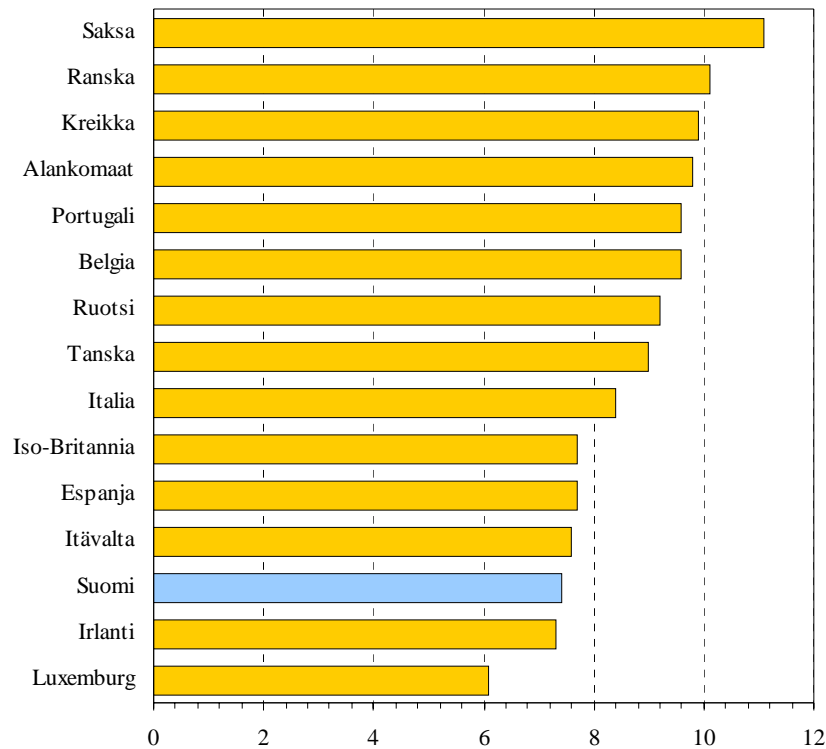
Sosiaali- ja terveyspalvelujen tärkeimpänä vaikuttavuustavoitteena ja yleislähtökohtana on palvelujen saatavuuden ja laadun parantaminen. Tämä edellyttää tulevaisuudessa ennen kaikkea henkilöstön riittävyyden ja palvelujen kestävä rahoituksen turvaamista. Nämä tavoitteet sisältyvät myös kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen ja sosiaalialan kehittämishojelmaan.

5.1.1 Terveidenhuoltomenojen kehitys

Terveidenhuollon kokonaismenujen suhde bruttokansantuotteeseen oli 7,4 prosenttia vuonna 2003. Tämä oli 0,1 prosenttiyksikköä enemmän kuin edellisenä vuonna. Menojen bruttokansantuoteosuus kääntyi nousuun vuonna 2001 usean vuoden laskusuunnan jälkeen. Syynä tähän oli menojen lisäyksen ohella BKT:n kasvuvauhdin hidastuminen.

Terveidenhuoltomenojen BKT-osuus on selvästi EU-maiden keskiarvoa pienempi. Myös terveydenhuoltomenot asukasta kohti ovat EU-maiden pienimpiä. Eroa selittää osin Suomen terveydenhuoltohenkilöstön alhainen palkkataso. Toinen eroa selittävä tekijä on vanhusten laitoshoitomenojen tilastointiero Suomen ja monien OECD-maiden välillä. Suomessa vanhusten laitoshoitomenot on sisällytetty terveydenhuoltomenoihin monia muita OECD maita suppeammin.

Kuvio 36. Terveystenhoitomenot EU-maissa vuonna 2002/2003, prosenttia BKT:stä



Lähde: OECD Health Data 2005

Vaikka terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen on pienentynyt viime vuosikymmenen alkuun verrattuna, ovat menot kasvaneet reaalisesti vuodesta 1995 alkaen. Lisäksi terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet muita julkisia menoja nopeammin.

Erityisesti lääkemenojen kasvu on ollut nopeaa, viime vuosikymmenen alusta lääkemenot ovat kasvaneet reaalisesti keskimäärin noin 4,5 prosenttia vuodessa. Lääkemenojen jakauma apteekki- ja sairaalalääkkeiden välillä ei ole merkittävästi muuttunut 1990-luvun alusta lääkkeiden tukkumyynnin jakautumisen perusteella; apteekkien osuus tukkumyynnin kokonaisarvosta on pysytellyt noin 80 prosentissa ja sairaaloiden osuus noin 20 prosentissa^{vi}.

Terveydenhuoltomenojen BKT-suhteen ja asukasta kohti tarkasteltujen menojen pienentä voidaan tulkita kahdella tavalla. Positiivisen näkemyksen mukaan Suomessa on keskimääräistä tehokkaampi järjestelmä, koska kattavat ja laadukkaat palvelut, joihin suuri osa asiakkaita on tyytyväisiä, saadaan tuotettua näin pienellä panoksella. Tätä tulkitaa voidaan perustella sillä, että tutkimusten mukaan suomalaiset ovat EU-kansalaisista kaikista tyytyväisimpiä terveyspalveluihin eivätkä he haluaisi suuria muutoksia järjestelmään.

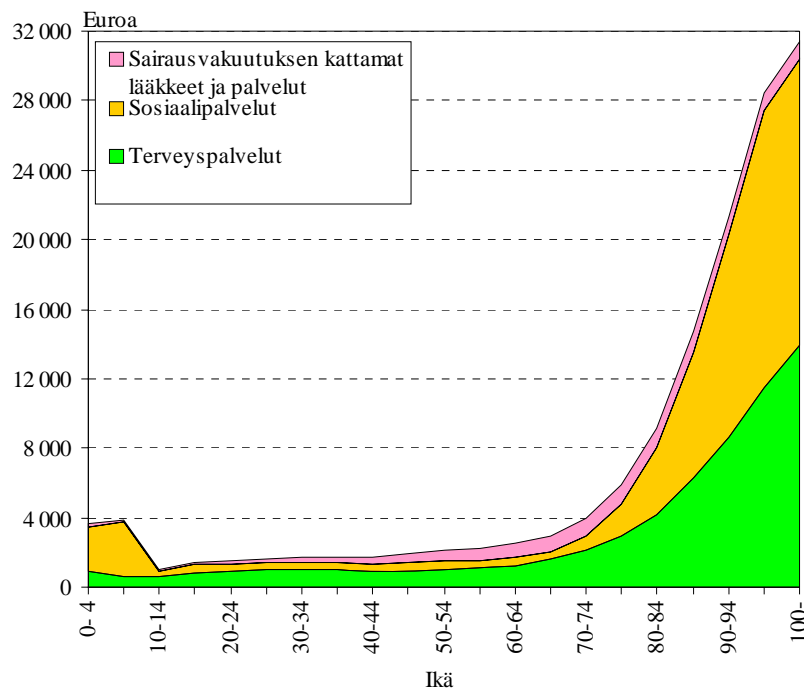
Kriittisemmän näkemyksen mukaan on myös perusteltua arvioida sitä, onko Suomessa viime vuosina käytetty riittävästi rahaa terveydenhuoltoon. Tätä näkemystä tukevat pitkät jonotusajat muihin Euroopan maihin verrattuna ja kyselytulokset, joiden mukaan kunnan palveluista eniten lisäpanostuksia haluttaisiin terveydenhuoltoon. Lisätarpeet on

tunnistettu myös poliittisesti, sillä hallitus on ohjannut lisävoimavaroja terveydenhuoltoon hallitusohjelman ja kansallisen terveysohjelman puitteissa.

5.1.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen tarve tulevaisuudessa

Väestön ikärakenteen vanhentuminen lisää sosiaali- ja terveydenhuoltomenoja, joskaan vaikutus ei ole suoraviivainen. Vanhusten määrän lisääntyminen ja eliniän piteneminen lisäävät hoidon tarvetta ja palvelumenoja. Kuviossa 37 on esitetty keskimääräiset sosiaali- ja terveystalvelumenot ikäryhmittäin vuonna 2004. On huomattava, että menot vaihtelevat huomattavasti kunnittain ja alueellisesti. Lisäksi ikäryhmittäiset kustannukset muuttuvat jatkuvasti ja erityisesti vanhushuollossa sosiaaltalveluiden ja terveydenhoidon raja on häilyvä. Vanhempien ikäluokkien - esimerkiksi 80-84 -vuotiaiden menot suhteessa 30-34 -vuotiaisiin ovat nelinkertaiset niin terveystalveluissa kuin sairausvakuutuksen kattamissa lääkkeissä ja talveluissa. Sosiaaltalveluissa vastaava ero on kaksikymmenkertainen.

Kuvio 37. Sosiaali- ja terveystalvelumenot (ml. käyttäjämaksut ja sv:n omavastuut) ikäryhmittäin etuusmuodon mukaan vuonna 2004, €/asukas



Terveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien talvelujen menojen voidaan arvioida kasvavan 2020- ja 2030- luvuilla, kun hyvin iäkkäiden ihmisten määrä lisääntyy voimakkaasti. Toisaalta on huomioitava, että useiden tutkimusten mukaan vanhusväestön määrän kasvu ei ole johtanut eikä johda kustannusten kasvuun läheskään samassa suhteessa. Myös Suomen terveydenhuoltoa koskevassa OECD:n arviointiraportissa todetaan, että teknologian muutos tulee jatkossakin olemaan terveystalvelujen kysyntään eniten vaikuttava tekijä. On todennäköistä, että väestön terveydentilan kohentuminen jatkuu myös tulevaisuudessa, ja vanhuksat pystyvät selviytymään itsenäisesti entistä pidempään. Ikääntyvän väestön terveyden ja toimintakyvyn paranemisen lisäksi monet muutkin tekijät voivat lieventää väestörakenteen muutoksesta aiheutuvia talvelutarpei-

ta. Lasten määrän supistuminen mahdollistaa lähinnä lasten päivähoitoon käytettyjen voimavarojen siirtämistä ikääntyvien ihmisten palveluihin. Elinolojen parantuminen lieventää kasvavaa palvelutarvetta.

Menokehitykseen voidaan merkittävästi vaikuttaa myös palvelujen tarjontapuolen ratkaisuihin, kuten ottamalla käyttöön tehokkaampia toiminta- ja hoitotapoja, hyödyntämällä uusia teknologioita ja uudistamalla palvelu- ja tuotantorakenteita. Terveyspalveluissa tarjonta luo myös kysyntää, minkä takia tuleviin kustannuksiin vaikutetaan olennaisesti tarjonnalla.

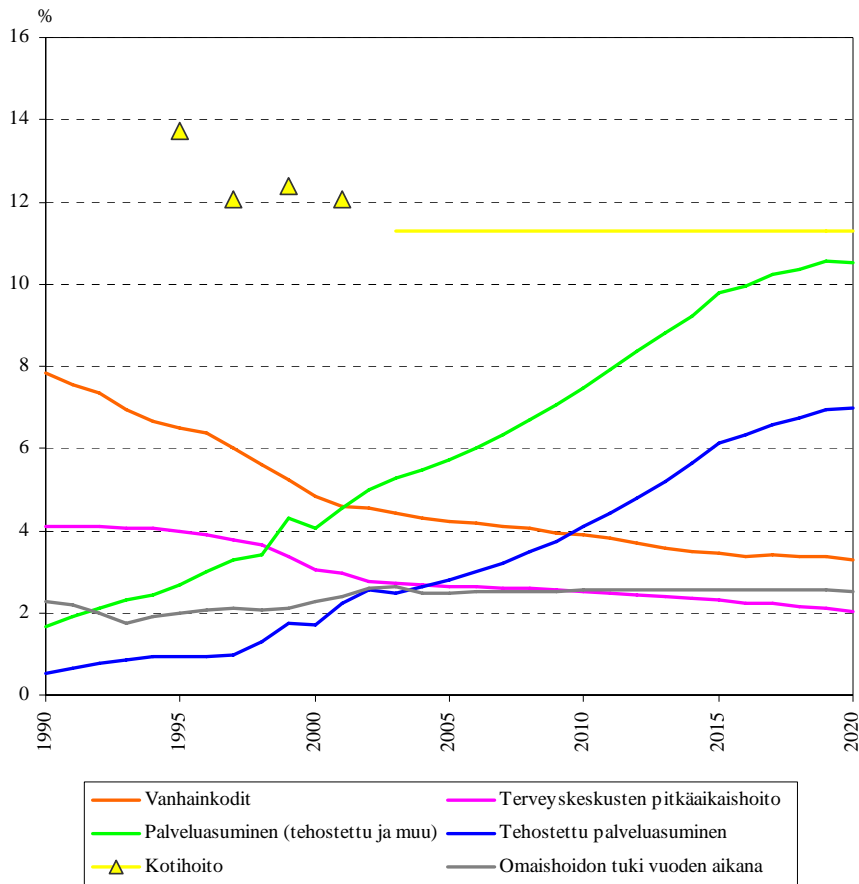
5.1.3 Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen saatavuus

Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat taloudellisten ja henkilöstöresurssien riittävyys, henkilöstön ammattitaito, toimintakäytännöt sekä viestinnän ja tiedonvälityksen menetelmät. Saatavuus vaihtelee sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä alue- että tauti-/asiakasluokittain.

Väestön ikärakenteen vanheneminen lisää sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen tarvetta ja kysyntää. Vaikka nykyihmisten terveydentila pysyy entistä kauemmin hyvänä, palvelujen tarve lisääntyy siitä huolimatta jossain vaiheessa. Palvelujen tarve keskittyy ikääntymisen alkuvaiheessa lähinnä avopalveluihin. Ikääntyneiden palvelurakenteessa tapahtunut muutos laitoshoidosta palveluasumisen lisääntymiseen vaikuttaa myös osaltaan palvelujen kysyntään.

Seuraavassa kuvassa on esitetty projektiot eri vanhuspalvelujen kattavuudesta nykypoliitiikan pohjalta. Kuviosta nähdään, että palveluasumisen suhteellisen osuuden kasvu on linjassa vanhuspoliittisten tavoitteiden kanssa, sen sijaan kotihoidon väestöosuuden jääminen ennalleen ja omaishoidon tuen osuuden lievä lasku ovat ristiriidassa tavoitteiden kanssa. Jotta vanhuspoliittiset tavoitteet saavutettaisiin, on niin omaishoidon tuen, palveluasumisen kuin kotihoidon väestöosuuksien nouseminen ennakoitua enemmän ja vastaavasti raskaampien palvelujen kuten terveyskeskusten pitkäaikaishoidon ja vanhainkotien väestöosuuksien laskettava ennakoitua enemmän.

Kuvio 38. Julkisten vanhushpalvelujen kattavuus yli 75-vuotiaasta väestöstä 1990 – 2003 sekä projektiot vuoteen 2020



Säännöllisen kotihoidon tarve alkaa keskimäärin 76 vuoden iässä ja laitoshoidon 82 vuoden iässä. Väestöstä 15,6 prosenttia on 65 vuotta täyttäneitä, 7,1 prosenttia 75 vuotta täyttäneitä ja 1,6 prosenttia 85 vuotta täyttäneitä. Naisten ja miesten suhde ikäluokittain jakaantuu siten, että 57 vuoden ikään asti naisia on vähemmän ja sitä vanhemmissa ikäluokissa enemmän kuin miehiä. Ikääntyneiden osuus vaihtelee maakunnittain. Vuonna 2003 65 vuotta täyttäneiden osuus oli suurin Etelä-Savossa (20,3 %) ja Etelä-Karjalassa (18,8 %), pienin Uudellamaalla (11,8 %) ja Pohjois-pohjanmaalla (13,1 %).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta vaatii jatkuvaa ammattitaidon uusiutumista ja ylläpitämistä. Täydennyskoulutuksen puutteet heikentävät palvelujen laatua ja aiheuttavat ongelmia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille, työnantajille ja asiakkaille. Täydennyskoulutusta koskevat säännökset on lisätty vuonna 2003 kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolakiin ja annettu täydennyskoulutuksen sisältöä ja toteuttamista koskevat suositukset.

Hoitoon pääsyn turvaaminen

Lainmuutosten mukaan vuoden 2005 maaliskuun alusta lähtien terveyskeskukseen pitää saada arkipäivisin virka-aikana välitön yhteys. Kiireettömän hoidon tarpeen arvioon terveyskeskukseen terveydenhuollon ammattihenkilölle, ei siis välttämättä lääkärille, on päästävä kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta ellei asiaa voida hoitaa puhelimitse. Lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon on päästävä kohtuullisessa ajassa. Perusterveydenhuollossa hoitoon tulee päästä viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa, enintään kolmella kuukaudella, jos hoidon antamista voidaan perustellusta syystä lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Lainsäädäntö erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä kuudessa kuukaudessa astui voimaan vuoden 2005 elokuun lopussa. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa siitä, kun lähete on saapunut terveydenhuollon toimintayksikköön, esimerkiksi sairaalan poliklinikalle. Hoidon tarpeen arvion perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon on päästävä viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa lainsäädäntöön otetut säännökset vastaavat entisiä asetuksessa olleita säännöksiä. Tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon tarpeen kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa, jos lääketieteelliset tai hoidolliset seikat eivät edellytä muuta.

Jos hoitoa ei voida antaa määrääjassa, kunnan tai kuntayhtymän on hankittava hoito muilta palveluntuottajilta, esimerkiksi toiselta kunnalliselta sairaalalta tai yksityissektorilta, ilman että potilaan asiakasmaksu muuttuu. Sairaanhoidopiirien kuntayhtymien ja kuntien keskinäistä vastuuta selkiytetään siten, että sairaanhoidopiiri vastaa sairaalaan lähetettyjen potilaiden hoidon järjestämisestä. Kaikille sairaanhoidopiirin jäsenkuntien asukkaille on järjestettävä palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Tämä uudistus poistaa kuntakohtaiset jonot. Mahdollisuuksia saada tietoja hoitoon pääsystä vahvistetaan siten, että terveydenhuollon toimintayksikköjen on julkaistava hoitoon pääsyn odotusajat.

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Osana hoitoon pääsyn turvaamista valmistellaan valtakunnallisia kiireettömän hoidon perusteita. Tavoitteena on vähentää kiireettömän hoidon järjestämisen suuria alueellisia eroja niin, että ihmiset asuinpaikasta riippumatta saavat hoitoa nykyistä yhtenäisemmin perustein.

Tärkeimmistä tauti- ja toimenpideryhmistä laaditaan hoitoon ottamisen perusteet. Hoidon perusteet on laadittu 193 sairauden hoitoon ja tutkimiseen. Perusteita korjataan ja kehitetään jatkuvasti. Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset arvioivat ja seuraavat suositusten toimivuutta. Lääkärit käyttävät suosituksia apunaan päättäessään potilaan hoidosta. Suositusten ohella lääkäri ottaa aina hoitopäätöstä tehdessään huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. Lääkäri päättää potilaan hoidosta yhteismääräyksessä tämän kanssa. Yksittäinen lääkäri tai hammaslääkäri voi hoidon aiheutta asettaessaan myös poiketa ohjeista perustellusta syystä.

Hoitotakuu on lyhentänyt erikoissairaanhoidon jonoja tuntuvasti. Valtio myönsi syksyllä 2002 erikoissairaanhoidon hoitojonojen purkamiseen 25 miljoonaa euroa, lisäksi kunnat rahoittivat hoitojonojen purkamista vuosien 2002 ja 2003 aikana myös 25 miljoonalla eurolla. Kun 2.10.2002 erikoissairaanhoidon hoitojonoissa oli 66000 sellaista potilasta, jotka olivat jonottaneet hoitoa yli kuusi kuukautta, elokuun 2005 puolessa välissä näitä potilaita oli 34 000, joista runsaalle kahdelle tuhannelle oli tarjottu hoitoa muualta kuin omasta sairaalasta, mutta potilaat olivat halunnet jättää oman sairaalansa hoitojonoon. Jono on siis puolittunut. Sairaanhoidopiirien arvioiden mukaan yli puoli vuotta hoitoa jonottaneiden määrä vähenee vuoden 2005 loppuun mennessä edelleen niin, että jonottajia on tuolloin 15 000.

Stakesin laskelman mukaan sairaalat ja terveyskeskukset ovat vuonna 2005 lisänneet käyttömenojaan hoitoon pääsyn turvaamisen johdosta 145 miljoonalla eurolla, josta erikoissairaanhoidon osuus on 100 miljoonaa euroa. Lähes koko 100 miljoonaa kuluu yli kuusi kuukautta jonottaneiden hoitamiseen, joten kustannuserä ei jää pysyväksi ja vuonna 2006 määrärajoista ei tulisi aiheutua sairaaloille lisäkustannuksia. Terveyskeskusten osuus 45 miljoonaa euroa käytetään puhelinpalvelun järjestämiseen. Kun puhelinpalvelusta johtuen käyntien määrä vähenee, ei tästäkään toimintatapamuutoksesta aiheudu pysyviä lisäkustannuksia.

Hoidon saatavuutta ei voi tarkastella pelkästään leikkausjonojen ja jonotusaikojen perusteella. Kaikkien lääketieteen alojen potilaat eivät välttämättä kirjaudu jonoihin, vaikka hoidon saatavuudessa olisikin ongelmia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyö- ja raja-alueille, kuten vanhusten hoivapalveluihin ja päihdehuoltoon, syntyy helposti palvelukatveita. Jonojen purkaminen onkin vain yksi osa hoidon saatavuuden turvaamista.

Hoidon saatavuuden ongelmat eivät niin ikään johdu pelkästään riittämättömistä resursseista, eikä voimavarojen lisääminen välttämättä poista jonoja. Pitkäaikaisten ratkaisujen tavoittelemisen hoidon saatavuuden parantamisessa edellyttää hoitoprosessien ja kokonaisuuksien sekä hoidon aiheiden arvioimista. Nykyisten ja kehitteillä olevien laatu- ja tietojärjestelmien avulla voidaan osaltaan varmistaa palvelujen tasavertainen saatavuus, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus. Hoitokäytäntöjen ja potilaiden jonoon asettamisen perusteiden yhtenäistäminen sekä yhteisten sähköisten potilaskertomusjärjestelmien kehittäminen mahdollistavat myös tutkimus- ja toimenpidejonojen paremman hallitsemisen. Laadunhallinnan tavoitteena on hoitoprosessin mahdollisimman tehokas toteuttaminen, ja potilaan saama hyvä hoito ja laaja informointi hoidon tavoitteista ja toteuttamisesta.

5.1.4 Uudet hoitokäytännöt ja teknologinen kehitys

Lääketieteen ja hoitoteknologioiden kehityksen avulla on mahdollista tehostaa ja monipuolistaa palveluja. Uuden teknologian sovellutuksia voidaan hyödyntää terveyspalveluissa aiempaa nopeammin ja laajemmin. Lääketieteen teknologian kehitys mahdollistaa uusia hoitotapoja sairauksissa, joiden hoitamisessa on tähän mennessä edetty hitaasti. Kehitys luo lisäodotuksia ja lisää asiakkaiden ja väestön palveluvaateita.

Palvelumenojen kannalta tarkasteltuna vaikutuksia voi olla kahteen suuntaan: teknologiaa käyttävä hoito voi tulla kalliimmaksi, toisaalta palvelutuotannon tuottavuus voi kasvaa. Kehitys voi lisätä tervettä vanhuutta, toisaalta se voi johtaa hoitojaksojen

pituuden venymiseen, kun yhä useampia sairauksia pystytään hoitamaan entistä paremmin. Teknologian kehitys on arvion mukaan alentanut joidenkin sairauksien laatuvaikotuja kustannuksia yhdestä kahteen prosenttia vuodessa, toisaalta todennäköisesti jopa kaksi kolmannesta terveydenhuoltomenojen BKT-osuuden kasvusta OECD-maissa selittyy teknologisella kehityksellä (Jones, 2002).

Myös uusilla lääkkeillä voi olla sekä menoja lisääviä että niitä hillitseviä vaikutuksia. Ne voivat antaa mahdollisuuksia oleellisesti halvempaan hoitoon, toisaalta uudet lääkkeet voivat joissakin tapauksissa olla hyvin kalliita. Viime vuosien lääkemenojen kasvuun ovat vaikuttaneet siirtyminen aiempaa kalliimpien lääkkeiden käyttöön ja merkittävien kalliiden lääkkeiden ottaminen sairausvakuutuksen korvauksen piiriin. Lääkekorvausmenojen kasvun on ennakoitu jatkuvan myös lähivuosina muita terveydenhuoltomenoja nopeammin.

Lääkevaihto eli geneerinen substituuatio otettiin Suomessa käyttöön huhtikuun 2003 alussa. Lääkevaihdon ensimmäisen vuoden eli huhtikuun 2003 ja maaliskuun 2004 välisenä aikana syntyneet säästöt olivat 88,3 miljoonaa euroa, mistä lääkekorvausten osuus oli 49,1 miljoonaa euroa. Kaksi kolmasosaa säästöstä syntyi hintojen alennuksista ja yksi kolmasosa apteekeissa tehdyistä lääkkeidenvaihtoista. Tämän jälkeen lääkekorvausten kasvu on kuitenkin kiihtynyt 10 prosenttia tasolle.

Lääkevalmisteiden vahvistettuja tukkuhintoja ehdotetaan alennettavaksi viisi prosenttia 1.1.2006 lukien. Tukkuhintojen alentamisella pystytään välittömästi vaikuttamaan lääkekorvauskustannuksiin. Lääkkeiden hintoihin vaikutettaisiin myös täsmentämällä kohtuullisen tukkuhinnan vahvistamista koskevia säännöksiä. Muutoksilla luotaisiin menettely, jossa hinnanvahvistuksen perusteena olleiden arvioiden merkitystä tukkuhinnan kohtuullisuuden arvioinnissa vahvistetaan. Toisaalta lääkkeiden hintalautakunnan edellytettäisiin jatkossa seuraavan lääkevalmisteen korvattavaksi hyväksymisestä aiheutuvia kustannusvaikutuksia.

5.1.5 Terveystieteiden tutkimuksen rahoitus

Suomalainen terveydenhuollon rahoitus on yhdistelmä kuntien ja valtion rahoitusta, asiakasmaksuja ja sairausvakuutuksen tukemaa yksityistä terveystalvuselusektoria^{vii}. Ra-ha-automaattiyhdistys on merkittävä toimija vammais- ja vanhuspalvelujen^{viii} sekä nuo-risotyön rahoittajana. Terveydenhuollon lainsäädäntö ja terveystalvuselujen rahoitusta koskevat ratkaisut on tehty useina erillisinä päätöksinä vuosien mittaan. Useista itsenäisistä palvelujen rahoituskanavista muodostuvaa kokonaisuutta kutsutaan monikanavai-seksi rahoitusjärjestelmäksi.

Julkinen rahoitus muodostaa noin kolme neljäsosaa terveydenhuollon kokonaismenojen rahoituksesta yksityisen rahoituksen kattaessa lopun neljäsosan rahoituksesta. Yksityinen rahoitus on viime vuosikymmenen alusta lisääntynyt noin viidellä prosenttiyksiköllä. Tämä on tapahtunut lähinnä kotitalouksien osuuden nousun kautta. Kotitalouksien 19 prosentin rahoitusosuus on EU-maiden suurimpia. Julkisen sektorin sisällä valtion rahoitusosuus on puolittunut 1990-luvun alun 36 prosentista 18 prosenttiin vuonna 2003. Samassa ajassa kuntien osuus on noussut lähes kahdeksalla prosenttiyksiköllä ja Kansaneläkelaitoksen osuus noin kuudella prosenttiyksiköllä.

Taulukko 8. Terveystenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuudet 1980 – 2003

Vuosi	Valtio	Kunnat	Kela	Julkinen rahoitus yhteensä	Työntantajat	Sairauskassat	Yksityinen vakuutus	Kotitaloudet	Yksityinen rahoitus yhteensä
1980	38,2	28,9	12,4	79,6	1,2	0,6	0,8	17,8	20,4
1985	34,0	34,7	10,2	78,9	1,3	0,7	1,2	18,0	21,1
1990	35,6	34,7	10,6	80,9	1,4	0,5	1,7	15,6	19,2
1995	28,4	33,8	13,4	75,6	1,5	0,4	2,0	20,5	24,4
1996	24,1	37,8	13,9	75,8	1,6	0,5	1,9	20,3	24,2
1997	20,6	41,2	14,2	76,0	1,6	0,5	2,2	19,7	23,9
1998	18,9	42,5	14,8	76,2	1,7	0,5	2,2	19,4	23,7
1999	18,0	42,4	14,9	75,3	1,7	0,5	2,2	20,3	24,7
2000	17,6	42,2	15,4	75,2	1,9	0,5	2,1	20,4	24,9
2001	17,1	42,8	15,6	75,5	1,9	0,5	2,0	19,7	24,1
2002	16,9	43,3	16,1	76,3	1,9	0,5	1,9	19,4	23,7
2003	17,6	42,4	16,5*	76,5	2,0	0,4	2,0	19,0	23,5

* Tästä valtion rahoitustukea 5,2 prosenttiyksikköä.

Lähde: Stakes, Terveystenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2003. Tilastotiedote 4/2005.

Monikanavaisuus vaatii hyvää palvelujärjestelmän koordinaatiota niin hoidon, kustannusten kuin asiakkaan näkökulmista. Jos järjestelmän koordinointi on puutteellista ongelmia ilmentyy 1) kustannusten siirtämisellä toisille toimijoille 2) palveluntarjonnan koordinoimisen puutteena ja 3) palvelujen tuotantokustannusten ja 4) asiakkaan palvelumaksujen nousuna.

Kunnat voivat ohjata asiakasvirtoja julkisen ja yksityisen sektorin välillä priorisoimalla tarjontansa. Erityisesti vanhusten pitkäaikaishoidossa jako avo- ja laitoshoidon välillä muuttaa kustannusvastuuta ja kunnat ovat käyttäneet tätä mahdollisuutta siirtää kustannuksia Kansaneläkelaitoksen ja asiakkaiden kustannettavaksi.

Myös lääkekustannusten jako on keskeinen ongelma monikanavaisuudessa. Avohoidossa potilas vastaa lääkintäkustannuksista Kansaneläkelaitoksen kanssa, kun laitoshoidossa lääkekustannukset kuuluvat hoidon kiinteään hintaan. Siirtämällä potilaita avohoittoon, kunta voi siirtää lääkekustannuksia asiakkaan ja Kansaneläkelaitoksen maksettaviksi. Samalla potilaan asema sosiaaliturvan suhteen muuttuu.

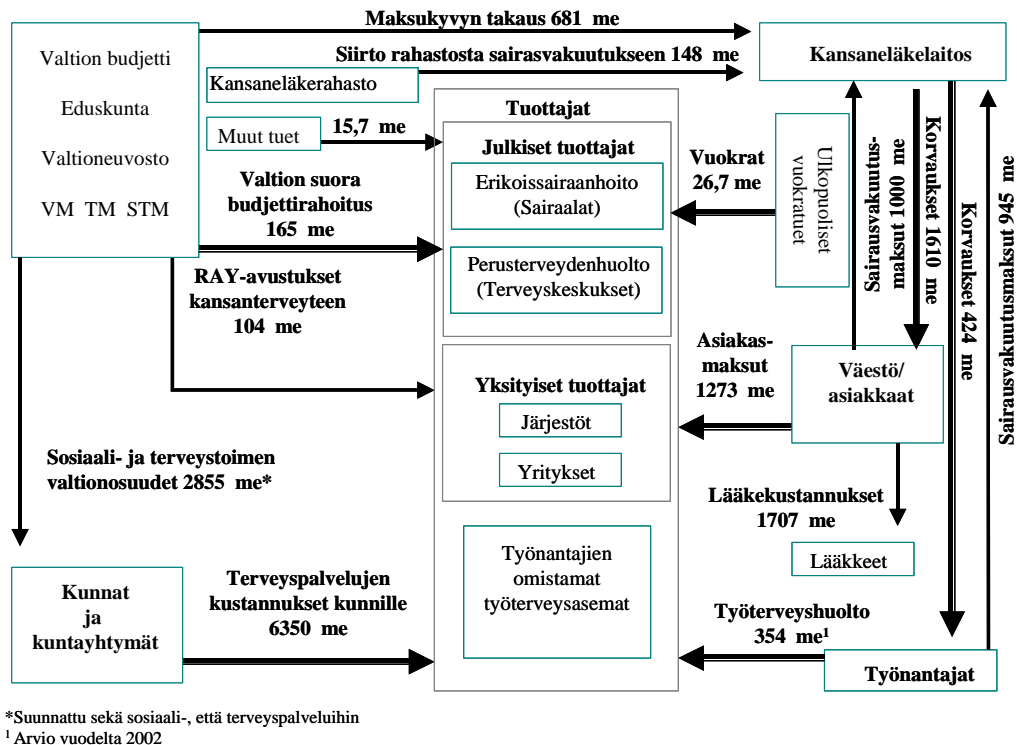
Jonotuskustannukset ovat merkittävä sairausvakuutusjärjestelmän ja julkisten terveyspalvelujen huonosta koordinaatiosta syntyvä haitta. Kunnilla ja sairaanhoitopiireillä ei ole välitöntä intressiä vaikuttaa jonotuksen aiheuttamiin kuluihin, joita ovat esimerkiksi sairauspäivärahat ja avohoidon lääkekulut.

Jonot eivät ole yleensä olleet ongelmana suoriteperusteisen rahoitusjärjestelmän maissa. Jonoja esiintyy lähinnä niissä maissa, joissa sairaalat saavat ennakoon sovitun rahamäärän. Jonojen on ajateltu voivan vähentää tuottavuutta, kun hoitohenkilökunnan aikaa siirtyy varsinaisesta potilastyöstä jonojen hallintaan. Huonon tuottavuuden ja jonojen välillä on Suomessa havaittu heikkoa vaihtelua tilastollisesti merkitsevää korrelaatiota (Järvelin 2004). Toisaalta jonotusajat voivat vähentää sekä palvelujen tarjontaa että nii-

den kysyntää. Etenkin ei-kiireellisten julkisten palvelujen osalta jonot voivatkin olla perusteltuja liiallisen kysynnän vähentämiseksi.

Kokonaisuutena nykyinen rahoitusmuoto kannustaa järjestämään ja toteuttamaan palveluja kunkin toimijan omista lähtökohdista. Tilanne on johtanut riitoihin hoidon maksajasta, asiakkaan hoitokokonaisuuden murenemiseen ja vaikeuksiin säädellä rahoituksen määrää ja rakennetta.^{ix}

Kuvio 39. Terveystenhuollon rahoituskanavat vuonna 2003



Julkinen rahoitus

Vuonna 2003 kuntien järjestämien terveystenhuollon palvelujen kustannukset olivat 7,0 miljardia euroa^x. Erikoissairaanhoitoon käyttökustannukset olivat 4,2 miljardia euroa ja perusterveydenhuollon 2,8 miljardia euroa. Kunnat ostivat palveluja yksityisiltä tuottajilta 188 miljoonalla eurolla. Kunnat päättävät terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä samalla kun ne huolehtivat myös suurimmasta osasta järjestämiensä palvelujen rahoituksesta. Kuntien järjestämät palvelut kattavat kuitenkin vain osan koko terveydenhuollon kustannuksista ja kuntien järjestämien palvelujen osuus kokonaiskustannuksista on laskenut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Merkittävä osuus lääkkeistä ja palveluista, kuten lääkekustannukset avohoidossa, käsikauppalääkkeet, osin hammashuolto ja yksityiset terveystenhuollon palvelut ovat joko asiakkaan yksin tai Kansaneläkelaitoksen ja asiakkaan yhdessä kustannettavia.

Valtio osallistuu terveydenhuoltomenojen rahoitukseen etupäässä kuntien sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksien (2,9 miljardia euroa vuonna 2003) ja yliopistosairaaloille

maksettavin korvauksin (122 miljoonaa euroa). Lisäksi jaetaan eri ministeriöiden kautta investointi- ja työllistämistukia julkisille terveyspalvelujen tuottajille (vuonna 2002 noin 40 miljoonaa euroa).

Valtion budjetin kautta ohjataan myös Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroja voittoa tavoittelemattomille yhteisöille. Vuonna 2003 jaettiin järjestöille yhteensä 401 miljoonaa euroa, näistä terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisäämiseen ohjattiin 308 miljoonaa euroa^{xi}. Lisäksi valtio osallistuu terveydenhuollon rahoitukseen sairausvakuutuksen rahoitustuen kautta.

Julkiseen rahoitukseen perustuvissa terveydenhuoltojärjestelmissä, kuten myös Suomessa, on terveydenhuoltomenojen kehitys pystytty pitämään paremmin hallinnassa kuin esimerkiksi sairausvakuutukseen perustuvien järjestelmien maissa. Suomessa menokehitystä ovat hillinneet myös maltilliset keskitetyt tulosopimukset. OECD:n arviointiraportin mukaan kuntien terveyspalvelujen kustannusten kasvu on hyvin hallinnassa verrattuna lääkekustannusten kasvuun. Raportissa kannetaankin erityistä huolta lääkemenojen nopeasta kasvusta. Huomiota kiinnitetään siihen, että terveyskeskuslääkäreillä ei ole kustannusrajoitteita kirjoittamistaan lääkemääräyksistä, vaan niiden rahoitusvastuu on asiakkailta, Kansaneläkelaitoksella ja siten myös valtiolla.

Kansainvälisen verokilpailun kiristyminen voi lisätä paineita verotuksen alentamiseen ja uhata tätä kautta rahoituksen kestävyyttä. Verotuksen alentamiseen on pyritty myös työllisyysyistä.

Vakuutusmuotoinen rahoitus

Vakuutusmuotoinen rahoitus voi perustua joko lakisääteiseen sosiaalivakuutukseen tai yksityisvakuutukseen. Suomessa sairausvakuutus on osa sosiaalivakuutusta. Suomen sairausvakuutusjärjestelmä rahoitetaan periaatteessa vakuutettujen ja työnantajien sairausvakuutusmaksuilla. Rahoitusrakenne on kuitenkin muuttunut kun vakuutusmaksuperusteita on alennettu ja sairausvakuutusmenot erityisesti lääkemenojen osalta ovat samaan aikaan kasvaneet. Vuoden 2005 sairausvakuutuksen kokonaismenot ovat arviolta 3,6 miljardia euroa, josta vakuutettujen maksut kattavat 1009 miljoonaa euroa ja työnantajamaksut 1010 miljoonaa euroa. Näin vakuutusmaksut kattavat enää 56 prosenttia sairausvakuutusmenoista. Valtion takuusuoritus kattaa menoista 1021 miljoonaa euroa. Arvonlisäverotuksen tuotolla rahoitetaan sairausvakuutusta 600 miljoonalla eurolla. Tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen sairaanhoitokorvausten julkisen sairaanhoidon piirissä toteutettu hoito korvataan kuntalaskutuksen mukaisesti entisen täyskustannusvastuumaksun sijaan. Maksutuoton poistuessa määrärahan mitoituksessa on otettu lisäyksenä huomioon 52 miljoonaa euroa.

Sairausvakuutuksessa vakuuttaja jää usein ulkopuoliseksi hoidon tarpeesta päätettäessä, kun taas potilaalla ja lääkäriellä on yhteinen intressi. Potilas ja lääkäri haluavat mahdollisimman laadukasta hoitoa, minkä lisäksi lääkärin palkkio on riippuvainen toimenpiteistä ja palveluista.(ns. moral hazard ongelma). Julkinen sektori voi lievittää moral hazard ongelmaa käyttämällä esimerkiksi maksukattoja ja verotusta. Tosin nämäkään keinot eivät täydellisesti poista ongelmaa, ja myös julkinen järjestelmä kärsii moral hazard on-

gelmistä. Kustannusten kurissapitämiseksi sairausvakuutusperustainen järjestelmä tarvitseekin systemaattista hinta- ja määräsääntelyä.

Yksityiset terveystalot rahoitetaan osin yksityisellä sairausvakuutuksella. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen maksutulo oli vuonna 2003 vain noin kaksi prosenttia lakisääteisen sairausvakuutuksen kokonaismenoista. Erityisesti työnantajien työntekijöilleen ottamien sairauskuluvakuutusten lukumäärä ja maksutulo on kuitenkin noussut viime vuosina (Taulukko 9).

Taulukko 9. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen maksutulo ja vakuutusten lukumäärä vuosina 1999-2004

Miljoonaa euroa	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Lasten sairauskuluvakuutus	37,6	40,4	43,7	47,5	50,5 ..	
Yksityinen aikuisten sairauskuluvakuutus	22,5	24,3	25,9	28,1	29,5	31,1
Työnantajan ottama sairauskuluvakuutus	5,0	6,4	8,0	8,7	12,0	14,7
Yhteensä	65,0	71,1	77,6	84,3	92,0 ..	
Muutos %		9,3	9,2	8,6	9,1 ..	
1000 kappaletta						
Lasten sairauskuluvakuutus	325,9	345,8	359,5	372,7	381,3	385,0
Yksityinen aikuisten sairauskuluvakuutus	155,7	160,5	170,2	179,3	192,7	205,9
Työnantajan ottama sairauskuluvakuutus	11,7	15,3	18,4	21,6	26,3	30,6
Yhteensä	493,2	521,6	548,1	573,6	600,3	621,5
Muutos %		5,8	5,1	4,7	4,8	4,8

Lähde: Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Henkilövakuutusyksikkö.

Julkisen sektorin kannalta on sairausvakuutusjärjestelmä ollut edullinen tapa järjestää palveluja. Järjestelmä täydentää kunnallista terveydenhuoltoa ja lisää asiakkaiden valinnanvapautta. Sairaanhoidokorvauksiin liittyy kuitenkin myös ongelmia. Järjestelmä luo sosiaalista ja alueellista eriarvoisuutta. Ylimpään tuloviidennekseen kuuluvat saavat lähes kolminkertaisen määrän korvauksia kuin alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat. Yksityisten terveyshuollon palvelut ovat keskittyneet Etelä-Suomen suuriin kaupunkeihin, siksi näiden palvelujen korvaukset ovat jakautuneet epätasaisesti maan sisällä. Yksityisessä hoidossa potilas maksa hoidosta markkinahinnan, mutta saa siitä osan takaisin sairausvakuutuskorvauksena. Yleisen oikeuden sairausvakuutuskorvauksiin onkin todettu nostavan palvelujen hintoja.

Asiakasmaksurahoitus

Valtaosa julkisista terveystalouksista on Suomessa maksullisia. Asiakasmaksujen osuus julkisten terveystalouksien kokonaismenoista oli vuonna 2003 noin 7,9 prosenttia, perusterveydenhuollossa 10,2 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa 5,0 prosenttia. Vuonna 2003 kotitaloudet maksoivat erilaisia asiakasmaksuja julkiselle ja yksityiselle sektorille yhteensä 1,1 miljardia euroa ja lääkekuluina yhteensä 1,8 miljardia euroa^{xii}. Tästä summasta kotitaloudet saivat sairausvakuutuksen kautta korvauksia 918 miljoonaa euroa vuoden 2003 aikana. Näin kotitalouksien maksettavaksi jäi 918 miljoonaa euroa. Julkisten terveystalouksien käyttömaksuina sairaalahoidosta maksettiin 211

miljoonaa euroa ja perusterveydenhoidosta 285 miljoonaa euroa. Yksityiset tuottajat saivat asiakasmaksuina 665 miljoonaa euroa.

Maksujen käytöllä on pyritty pääasiassa kahteen tavoitteeseen eli toiminnan rahoittamiseen ja kysynnän ohjailuun. Asiakasmaksujärjestelmä on syntynyt 1980-luvulla ja osin aikaisemminkin. Maksuihin on sen jälkeen tehty lukuisia yksittäisiä muutoksia. Terveyspalveluissa on tällä hetkellä monia maksukattoja. Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa on varsinaisen perhekohtaisen maksukaton lisäksi välikatot terveyskeskusmaksussa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Kelan kuntoutusmatkakustannuksissa ja sairausvakuutusjärjestelmän matka- ja lääkekustannuksissa on vuosikatto. Kuntasektorin asiakasmaksukatto otettiin käyttöön vuonna 2000.

Maksutulojen rahoitusmerkitys tuottajille on usein pieni mutta kustannusrasitus kotitalouksille suuri. Samalla asiakasmaksujen kohtaanto on voimakkaasti regressiivinen. Pienituloisilla maksujen vaikutus palvelujen käyttöön on suuri, mutta suurituloisilla pieni^{xiii}. Maksut eivät ole luonteeltaan valikoivia, sillä ne vähentävät sekä tarpeellisten että tarpeettomien palvelujen käyttöä. Monissa tapauksissa maksujen hallinnointikulut ovat suuria tuottoihin nähden. Vuosien saatossa syntynyt maksujärjestelmä on muuttunut hyvin vaikeaselkoiseksi sekä asiakkaille että muille toimijoille. Monimutkaisella ja siten myös hallinnollisesti kalliilla hinnoittelulla menetetään niitä liiketoimikustannus- ja julkisen palvelun tarjontaa, joita melko tasasuuruinen julkinen tarjonta tuo mukanaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksutoimikunta 1.1.2004 - 23.9.2005

Maksutoimikunnan tehtävänä oli selvittää kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamistarpeet ja tehdä ehdotus maksupolitiikan linjauksiksi.

Maksutoimikunnan näkemyksen mukaan voimassa oleva maksujärjestelmä on edelleen pääosin toimiva. Nykyisen maksujärjestelmän keskeiset peruslinjaukset säilytetään. Verorahoitus tulee säilyttää palvelujen rahoituksen perustana. Maksupolitiikan tulee tukea sosiaali- ja terveyspolitiikan yhteiskuntapolitiittisia tavoitteita. Kunta päättää palvelusta perittävän maksun suuruudesta asiakasmaksulaissa määriteltyjen maksujen enimmäismäärien asettamissa rajoissa. Palveluista perittävät maksut eivät kuitenkaan saa ylittää palvelujen tuottamisesta aiheutuvien kustannuksia. Tasasuuruisia maksuja käytetään lyhytaikaisissa palveluissa ja tulosidonnaisia pitkäkestoisissa palveluissa. Asiakasmaksutulot eivät vähennä kuntien valtionosuuksia.

Toimikunnan ehdotuksia järjestelmän yleisperiaatteista

Kaksiportaisesta sääntelystä luovutaan – maksujärjestelmästä, maksujen perusteista, enimmäismääristä ja maksukatosta *säädetään asiakasmaksulaissa*. Palvelun käyttäjältä voidaan periä maksu vain sellaisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, jotka ovat säädetty maksullisiksi asiakasmaksulaissa (nykyisin maksu voidaan periä, jos palvelua ei ole säädetty maksuttomaksi). Maksujärjestelmässä ei säädetä palvelujen sisällöstä eikä laadusta, mutta siinä tulee huomioida normaalisuuden ja yleisten palvelujen periaate. Maksujen osuus palvelujen rahoituksessa säilytetään

vähintäänkin nykytasolla ja maksujen reaalitaso säilytetään indeksisidonnaisuuden käyttöön ottamisella. Maksuilla tulee ohjata palvelujen käyttöä palveluissa, jos ne tukevat sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden toteutumista. Hallinnointi tulee säilyttää mahdollisimman keveänä.

Indeksitarkistukset

Toimikunta ehdottaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen, niiden perusteena olevien tulojen ja vähimmäiskäyttövaran määrää tarkistetaan vuosien 2002 - 2004 kustannuskehitystä vastaavasti käyttäen kunkin maksun kehitystä parhaiten kuvaavan indeksin kehityksen mukaisesti

Maksukatot

Maksujärjestelmän selkeyttämiseksi toimikunta esittää kunnallisessa terveydenhuollossa käytössä olevista ns. välikatoista luopumista (välikatot terveyskeskusmaksuissa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaitten lyhytaikaisessa laitoshoidossa).

Toimikunta esittää jatkovalmistelun käynnistämistä, jossa valmistellaan yhteinen maksukatto tai vastaava malli, joka turvaisi paljon sosiaali- ja terveystaloudellisia käyttäviä kohtuuttomalta maksurasitukselta erityisesti niissä tilanteissa, kun palvelujen käyttäjän kunnallinen maksukatto sekä jokin sairausvakuutuslain mukaisista vuosiomavastuuosuuksista täyttyy saman kalenterivuoden aikana

Toimikunnan ehdotusten jatkovalmistelu

Toimikunnan ehdotusten jatkovalmistelu käynnistetään laajalla lausuntokierroksella, joka ulotetaan myös asiakasjärjestöihin ja useisiin kuntiin. Uuden maksulainsäädännön viimeistely on tarkoituksenmukaista tehdä, kun lausunnon antajien näkemykset ehdotetuista muutoksista on tarkoin analysoitu ja toimikunnan ehdotusten vaikutusarvioinnit, myös taloudelliset kertymävaikutukset, on saatu valmiiksi.

Toimikunnan ehdotusten jatkovalmistelu toteutetaan laajassa yhteistyössä toimikunnassa edustettuina olevien tahojen kanssa.

Työterveyshuollon rahoitus

Vuonna 2002 olivat työterveyshuollon kulut työnantajille 319 miljoonaa euroa. Työnantajien omistamien terveysasemien osuus tästä oli 139 miljoonaa euroa. Kansaneläkelaitos maksoi vuonna 2001 työnantajille työterveyshuollon korvauksia 141 miljoonaa euroa. Lisäksi Kansaneläkelaitos maksaa yrittäjien työterveyshuollon korvauksia (1,3 milj. euroa vuonna 2002), valtionosuuksia maatalousyrittäjien työolosuhdeselvityksiin (0,6 milj. euroa) ja opiskelijoiden terveyshuollon korvauksia 17,8 miljoonaa euroa.

Työterveyshuolto on monin tavoin yhteydessä kunnalliseen perusterveydenhuoltoon. Työterveyspalveluja tarjotaan kuitenkin yleensä keskitetysti, lähellä työpaikkaa. Työterveyspalveluissa on myös mahdollisuus kiinnittää huomiota toimialan erityisongelmiin ja työolosuhteisiin. Samalla työnantajat voivat käyttää työterveyshuoltoa henkilöstöpolitiikkansa vä-

lineenä. Työterveyshuollon kohdentuminen työssä olevaan väestöön selittää osin terveyspalvelujen väestöryhmittäisiä käyttöeroja.

5.1.6 Julkisten ja yksityisten palvelujen suhde

Kuntasektorin asema palvelujen tuottajana on muuttumassa, palveluja joudutaan tuottamaan rinnan kilpailevien yritysten kanssa. Kunnat ja kuntayhtymät käyttivät vuonna 2002 sosiaalipalvelujen ostoihin yksityisiltä palveluntuottajilta 716 miljoonaa euroa. Summa on reaalisesti yli kaksinkertaistunut vuodesta 1995. Vuonna 2002 kunnat käyttivät sosiaalipalvelujen ostoon yksityisiltä 12 prosenttia sosiaalitoimen käyttökustannuksistaan, kun osuus vuonna 1995 oli 6 prosenttia. Terveystuotannossa kuntien ja kuntayhtymien ostopalvelut ovat selvästi vähäisempiä kuin sosiaalipalveluissa. Eniten yksityisiä terveyspalveluja ostavat kotitaloudet, työnantajat ja Kela. Kuntien ostopalvelut ovat kuitenkin lisääntyneet lähes kaksi ja puolikertaisiksi ja kuntayhtymien lähes kolmanneksella vuodesta 1995 vuoteen 2002. Vuonna 2002 kunnat ja kuntayhtymät ostivat terveyspalveluja 162 miljoonalla eurolla. Siitä kuntien osuus oli 96,5 miljoonaa ja kuntayhtymien osuus 65,4 miljoonaa euroa.

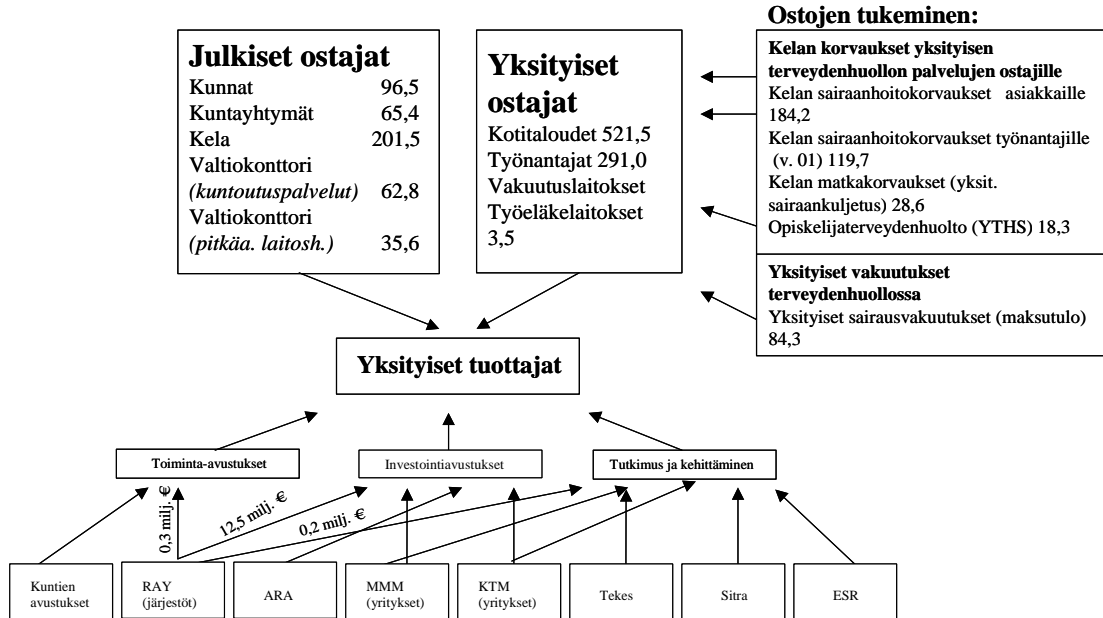
Vuonna 2002 yksityisten terveyspalvelujen kustannukset olivat noin 1,7 miljardia euroa, eli noin viidennes terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Yritysten osuus yksityisten terveyspalvelujen kustannuksista oli noin 78 prosenttia ja järjestöjen 22 prosenttia. Yksityisten terveyspalvelujen rahoitus toteutuu pääasiassa kotitalouksien ja työnantajien maksujen (665 milj. euroa), kuntien ja kuntayhtymien ostamien palvelujen (162 milj. euroa) ja Raha-automaattiyhdistyksen (95 milj. euroa) kautta. Kansaneläkelaitoksen korvaukset kattavat yksityisen terveydenhuollon kuluista merkittävän osan, yli 40 prosenttia.

Yksityisten terveyspalvelujen tuottajien lukumäärä oli vuonna 2002 noin 11 000 ja niissä oli noin 27 000 työntekijää. Palveluntuottajista noin 8 000 toimii itsenäisenä ammatinharjoittajana, joka ei voi palkata muita työntekijöitä kuin yhden avustavan henkilön. Noin kolmesta tuhannesta varsinaisesta yksityisestä palveluntuottajasta (pl. ammatinharjoittajat) on suurin osa yrityksiä. Poikkeuksena ovat yksityiset sairaalat, joista merkittävä osa on järjestöjen omistamia. Yksityiset terveyspalvelujen tuottajat keskittyvät Etelä-Suomeen ja suuriin kaupunkeihin. Erityisesti suuret lääkärikeskukset ja yksityiset sairaalat sijaitsevat pääasiassa suurimmissa kaupungeissa. Esimerkiksi fysioterapiayrityksiä on kuitenkin lähes joka kunnassa.

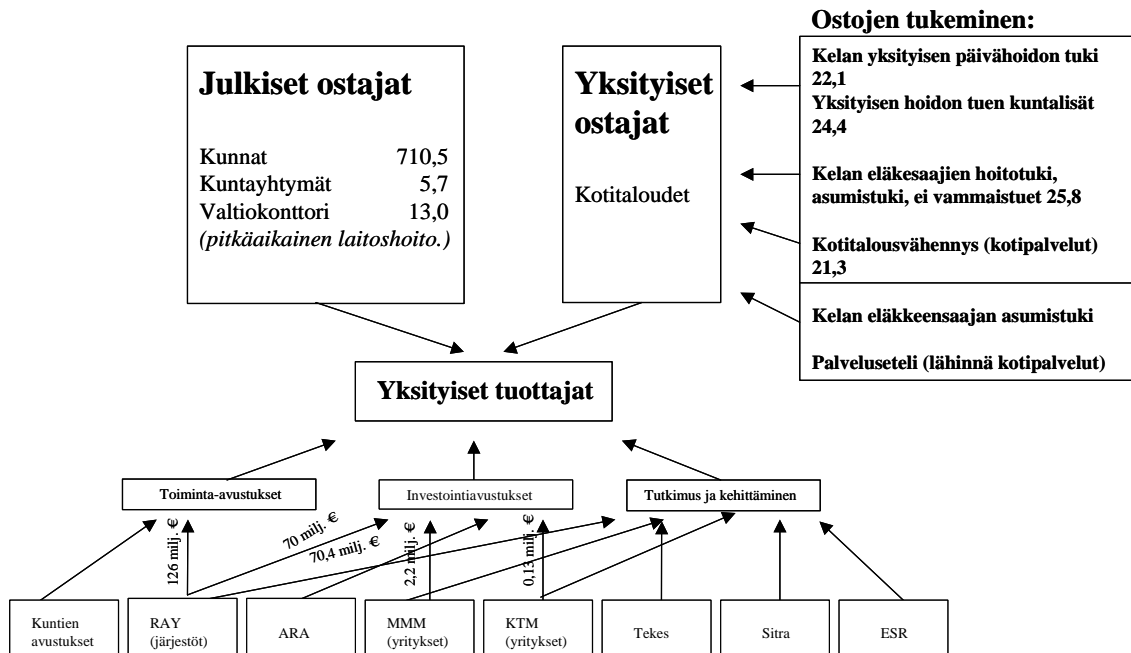
Kilpailuilla markkinoilla palvelut on tuoteistettava, mikä edellyttää kuntien kustannuslaskennan kehittämistä. Kustannuslaskennan tehostamisen kautta kunta pystyy myös vertaamaan itse tuotettujen ja ostopalvelujen välisiä hintoja. Sairaaloitten osalta organisaatioiden kustannuslaskenta onkin edennyt viime vuosina. Palvelujen hankinnoissa tarvitaan osaamista. Pienten kuntien kannalta esimerkiksi seutuyhteistyön kautta voidaan hankkia riittävät resurssit ostopalvelujen hankintaan.

Kuvio 40. Rahavirrat yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa vuonna 2002, milj. €

Rahavirrat yksityisessä terveydenhuollossa vuonna 2002, milj. €



Rahavirrat yksityisessä sosiaalihuollossa vuonna 2002, milj. €



Lähde:Stakes^{xiv}

Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa

Tilaaja-tuottajamallilla tarkoitetaan julkisten palvelujen tuotannon organisoimista niin, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaaja-tuottajamalli voi olla myös julkisen organisaation sisäinen ohjausmalli, jonka ydin on tilaajan ja tuottajan roolien selkeä erottaminen ja johdonmukainen soveltaminen roolien ja toimivallan järjestämisessä ja toiminnan ja talouden ohjauksessa. Tilaajana toimii julkinen taho ja tuottajana voi toimia julkinen tai yksityinen palvelun tuottaja tai kolmas sektori.

Soveltamalla tilaaja-tuottajamalleja palvelutuotantoon on pyritty kustannustehokkaaseen, laadukkaaseen ja joustavaan palvelutuotantoon sekä selkeisiin toimijoiden rooliin. Tilaaja-tuottajamallien käyttöönotto ja hyötyjen saavuttaminen edellyttävät palvelujen tuotteistamista, kehittyntä kustannuslaskentaa ja hankintaosaamista, laadun valvontaa sekä organisaatorakenteen, johtamisen ja ohjauksen uudistamista. Toimivat palvelumarkkinat ja kilpailu vaativat lisäksi useita palvelujen tarjoajia, joiden tuotteiden hintoja ja laatua on mahdollista vertailla.

Kansainväliset kokemukset tilaaja-tuottajamalleista ovat kirjavia. Parhaimmillaan osaavalla tilaamisella on pystytty terävöittämään terveydenhuollon suunnittelua ja toimintaa. Usko tuottajien kilpailuttamisella saavutettaviin pysyviin taloudellisiin etuihin on kuitenkin hiipunut, tulokset näyttävät jääneen usein ohimeneviksi. Perinteinen hintaa ja määrällistä palvelujen ostamista korostava tilaaminen näyttää terveydenhuollossa jäävän vähitellen taka-alalle. Sen asemasta korostetaan selkeästi aikaisempaa enemmän strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimusperusteisia järjestelyjä palvelujen tilaajien/järjestäjien ja tuottajien kesken. Strategisilla sopimuksilla tuottajien toimintaa pyritään ohjamaan ja kannustamaan entistä paremmin väestön terveystarpeita tyydyttävään suuntaan.

Suomessa terveydenhuollon ohjauksen ja tehostamisen keinoja, joihin tilaaja-tuottajamallilla pyritään, on viety eri rintamalla eteenpäin nykyisillä organisaatio- ja ohjausmuodoilla. Tärkein kehitysvaihe on ollut sopimusohjauksen kehittäminen eri tavoilla. Suomalaisessa järjestelmässä ei ole kovinkaan vahvasti tavoiteltu kilpailua kansainvälisiin tilaaja-tuottajamalleihin verrattuna. Suomessa päivystysluonteisen ja ei-elektiivisen toiminnan kilpailuttaminen onkin mahdollista vain 3-4 suurimmassa kaupungissa.

Julkisen vallan vastuu palvelutuotannon järjestämisestä säilyy myös tulevaisuudessa. Tästä huolimatta voidaan palvelujen tuotanto järjestää yksityisten yritysten tai voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen kautta.

Valtion, kuntien ja palvelujen tuottajien välinen ohjaussuhde ei toimi aina parhaalla mahdollisella tavalla. Informaatio-ohjaus on vielä vakiintumatonta ja vaikuttavuudeltaan vaihtelevaa ja edellyttäisi vielä järjestelmällistä kehitystyötä. Eri toimijoiden taloudelliset kannusteet hoidon järjestämiseen eivät ole aina oikeansuuntaisia ja lainsäädäntö on osittain perua ajoilta, jolloin resurssiohjauksen merkitys oli ratkaisevasti suurempi.

5.1.7 Kilpailun vaikutus palvelurakenteeseen

Kunta-alan ammattiliiton (KTV) toukokuussa 2005 teettämän kyselytutkimuksen¹ mukaan kuntien oman toiminnan kehittäminen ja kuntayhteistyö saavat suomalaisilta suurimman hyväksynnän parhaina keinoina tehostaa kuntien palvelutuotantoa. Niihin verrattuna kuntaliitokset pärjäävät kansan silmissä huonosti palvelutuotannon tehostamiskeinona. Kuntapalvelujen kilpailuttaminen ja ulkoistaminen saa vielä heikomman suosion. Noin 70 prosenttia vastaajista halusi säilyttää terveyskeskus- ja sairaalapalvelut kunnallisina palveluina. Yli puolet vastaajista uskoi palvelujen laadun, valikoiman ja saatavuudenkin pysyvän vähintään ennallaan. Joka toinen ajatteli niin myös palveluiden määrästä. Henkilöstön työsuhdeturvan ja aseman enemmistö uskoi sen sijaan heikentyvän.

Taulukko 10. Paras keino tehostaa kuntien palvelutuotantoa (prosenttia)

Kuntien omien organisaatioiden kehittäminen	26
Lisätä kuntien välistä yhteistyötä ja kuntarajat ylittävää yhteistyötä	23
Kuntaliitokset ja kuntien yhdistyminen	8
Palveluyksiköille lisää mahdollisuuksia päättää omasta toiminnastaan	8
Kuntahenkilöstön osaamisen parantaminen	7
Palvelujen kilpailuttaminen ja ulkoistaminen	7
Esimiesten johtamisosaamisen parantaminen	6
Palvelujen yksityistäminen	2
Muu tapa	1
En osaa sanoa	13

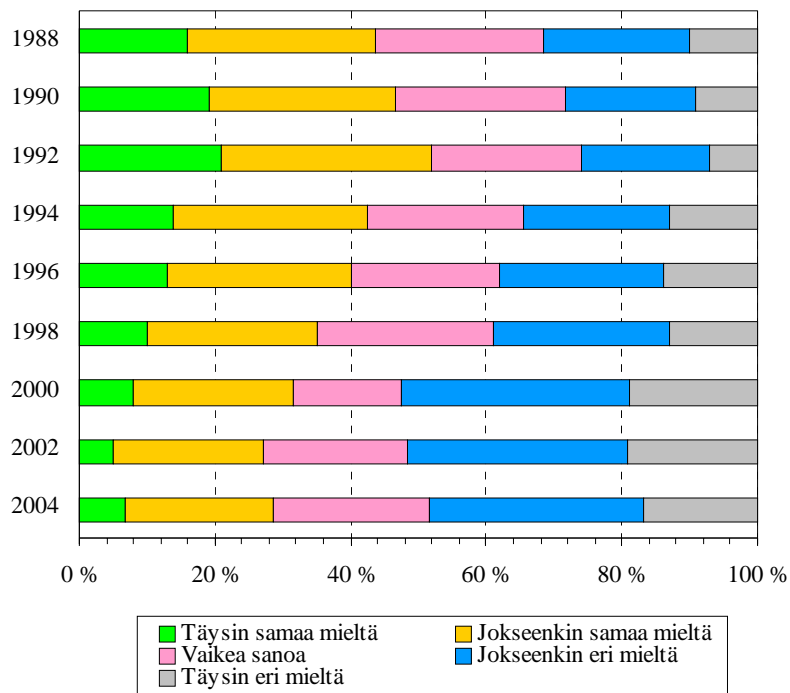
Lähde: Kunta-alan ammattiliiton (KTV) teettämä kysely Suomen Gallupilla toukokuussa 2005.

Evan kansallisen arvo- ja asennetutkimuksen (2005) mukaan julkiset palvelut tulisi myös ensisijaisesti tuottaa julkisin voimin. Lähes puolet vastustaa niiden yksityistämistä tehostamisen nimissä, alle kolmannes olisi siihen valmis (kuvio 41).

Palveluja ulkoistettaessa on toimivan kilpailun edellytyksiin kiinnitettävä huomiota. Markkinoilla täytyy olla riittävästi potentiaalisia palveluntarjoajia, jotta kilpailun lisäämisellä tavoiteltu tehokkuuden kasvu saavutettaisiin. Sosiaali- ja terveysalan markkinoilla mm. tiedon asymmetria, asiakkaiden autonomian puute ja vaadittava erityisosaaminen haittaavat markkinamekanismin yleistä toimivuutta. Tehokkaalla sääntelyllä voidaan estää tilanne, jossa yksityiset tuottajat pääsevät määräävään markkina-asemaan ja voivat siten vapaasti määritellä palveluiden hintatason. Terveystalouden erityisosaamista vaativissa palveluissa alueellisten monopolien synty on kuitenkin todennäköistä.

Ilman tehokasta kilpailua tai markkinoiden suoraa sääntelyä yksityisten palveluiden kustannuspaineita on vaikea hillitä. Tämä seikka on syytä pitää mielessä neuvoteltaessa kansainvälisistä sopimuksista, joilla on vaikutusta sosiaali- ja terveysalan palvelujen järjestämistapaan.

Kuvio 41. ”Maassamme tulisi yksityistää suuri osa julkisista palveluista, jotta palveluiden tuotanto tehostuisi”



Lähde: Onnellisuuden vaikea yhtälö, Evan kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2005.

Kansainvälisissä vertailuissa on todettu, että Suomen yksityinen palvelusektori on käytetyillä kriteereillä monia OECD-maita kehittymättömämpi. Suomessa julkisesti tuotettujen palveluiden osuus on suuri ja palkkataso julkisissa palveluissa on muuhun palkkatasoon nähden alhainen. Palvelusektorin työllistävän vaikutuksen lisäämiseksi on ehdotettu, että julkisen sektorin tulisi ulkoistaa nykyistä enemmän palveluita yksityiselle sektorille. Samalla alan houkuttelevuuden lisäämiseksi palkkatason olisi etenkin sosiaali- ja terveysalalla nouseva.

Kansainvälinen palvelukauppa

Palveluiden työllisyysvaikutusta tarkasteltaessa pitää ottaa huomioon myös kansainvälinen kilpailu ja kansainvälisen kaupan säännöt. Euroopan unionin sisällä vallitsee pääomien, tavaroiden, palveluiden ja henkilöiden vapaa liikkuvuus. Palveluiden vapaan liikkuvuuden ei ole todettu edenneen toivotussa vauhdissa EY:n sisämarkkinoilla. Jäsenvaltioiden asettamat monet hallinnolliset ja tekniset esteet ovat käytännössä hankaloittaneet palveluiden tarjoamista rajan yli.

Komission laatima ehdotus palveludirektiiviksi yhtenäistäisi hallinnolliset menettelytavat palveluiden rajat ylittävässä kaupassa EU:n sisällä. Jäsenmaiden erilaisia lupajärjestelmiä, palveluiden tarjoajille asettuja vaatimuksia, hallinnollisia määräyksiä ja valvontaa on tarkoitus yksinkertaistaa, yhdenmukaistaa sekä osin poistaa käytöstä. Toimien palveluiden sisämarkkinoiden uskotaan parantavan talouden kilpailukykyä ja lisäävän kansantuotetta.

Palveluiden kaupan esteitä ollaan purkamassa myös Maailman kauppajärjestön WTO:n jäsenmaiden välillä. Suomen kannalta tärkeä kauppakumppani Venäjä käy parhaillaan WTO:hon liittymisneuvotteluja.

Suomen lainsäädännössä ei ole sosiaali- ja terveyspalveluissa ulkomaisia yrityksiä syrjiviä säädöksiä. Sekä kotimaisten että ulkomaisten yritysten on noudatettava Suomessa toimiessaan samoja sääntöjä ja määräyksiä. Julkisen sektorin ulkoistaessa enenevästi palvelujaan, myös kansainvälisen kilpailun voi olettaa kiristyvän. Suomen lähialuilla sijaitsevat kustannustasoltaan Suomea halvempien EU-maiden palveluntuottajat voivat tarjota hinnaltaan edullisempia palveluita joko lähtömaastaan käsin tai Suomessa toimivien työntekijöidensä kautta. Tällä voi olla huomionarvoisia vaikutuksia Suomessa toimivien palveluyritysten työllisyysvaikutuksiin sekä alan palkkatasoon.

Entistä vapaamman palveluiden kaupan oloissa palveluiden laatuun, niiden jatkuvuuden takaamiseen, palveluntuottajien valvontaan ja työehtojen noudattamiseen joudutaan kiinnittämään nykyistä enemmän huomiota. Henkilöiden ja palveluiden liikkuvuuden merkitystä kansallisen palvelujärjestelmän muotoutumiselle on vaikea ennakoida. Palveluiden käyttäjien liikkuminen rajojen yli on tähän asti ollut Suomessa vähäistä, mutta kansainvälistymisen ja Euroopan unionin sisämarkkinoiden kehittymisen myötä tilanne voi muuttua.

Palveluiden kauppaan ja kilpailun edistämiseen liittyvät kysymykset ovat ajankohtaisia asioita sekä Euroopan unionissa että Suomen lainsäädäntöä kehitettäessä. Kansallisesti uusi hankintalaki on valmisteilla. Lailla säädetään mm. sosiaali- ja terveyspalveluiden ja hankintojen kilpailuttamisesta. Euroopan unionissa ollaan uudistamassa valtiontukisääntöjä. Palveludirektiivi pyritään saattamaan voimaan lähivuosina. Suomen tavoitteena on, että sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajat alkuperämaasta riippumatta joutuvat edelleen noudattamaan kaikilta osin suomalaista lainsäädäntöä tarjotessaan palveluita Suomessa.

Keskusteluun sosiaaliturvan modernisoinnista liittyy myös kilpailun edistäminen ja kilpailukyvyn parantaminen. Julkisen sektorin rooli palveluiden tuotannossa on jatkuva keskustelunaihe kiristyvän kansainvälisen taloudellisen kilpailun oloissa.

5.2. Kohtuullinen toimeentuloturva

Toimeentuloturvan ensisijainen tarkoitus on turvata saajiensa toimeentulo erilaisissa elämäntilanteissa. Tavoitteena on sekä kotitalouksien kohtuullisesta toimeentulosta huolehtiminen että eri perhetyyppien välisten toimeentuloerojen tasaaminen. Toimeentuloturvan keskeisenä tavoitteena on myös tulojen tasaaminen henkilön elinkaarella. Näiden varsinaisten tavoitteiden ohella toimeentuloturva ja sen rahoittamiseksi kerättävät verot ja sosiaalivakuutusmaksut vaikuttavat kotitalouksiin ja muihin taloudenpitäjiin myös muilla tavoin. Toimeentuloturva muuttaa eri valintoihin sisältyviä taloudellisia kannustimia ja täten se voi osaltaan ohjata kotitalouksien toimintaa.

Toimeentuloturvan viimeaikaisia muutoksia

Hallitusohjelman mukaisesti useita toimeentuloturvaetuuksia on korotettu vuosien 2004 ja 2005 aikana. Lapsilisiä korotettiin vuoden 2004 alussa. Samoin lievennettiin työmarkkinatuen tulovähenteisyyttä puolisojen tulojen suhteen. Vuonna 2005 korotettiin kansaneläkkeitä, kotihoidon tukea sekä vähimmäissairaus-, äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahaa. Sairausvakuutuslain uudistuksessa parannettiin myös lyhytkestoisesti työllistyvien toimeentuloturvaa sekä vanhempainpäivärahan määräytymisperusteita peräkkäisissä synnytyksissä.^{xv}

Muutosturvan lainmuutokset astuivat voimaan 1.7.2005. Muutosturvalla pyritään parantamaan irtisanottujen työntekijöiden asemaa. Osana muutosturvaa irtisanottu työntekijä voi saada työllistymisohjelmallisella korotettua työttömyysturvaa. Työllistymisohjelmallisaa voidaan maksaa henkilölle, jolle on tehty työllistymisohjelma ja joka on irtisanottu työstä taloudellisista tai tuotannollisista syistä. Lisäksi edellytetään, että irtisanottu henkilö on ollut vähintään kolme vuotta sellaisessa työssä, josta työnantaja on maksanut sosiaaliturvamaksut sekä toimittanut ennakonpidätyksen. Työnhakijan on täytettävä myös työttömyysturvan normaalit saamisedellytykset, esimerkiksi palkansaajan työssäoloehto. Työllistymisohjelmallisaa maksetaan työllistymisohjelmaan merkittyjen toimenpiteiden (valmennus, työkokeilu, työvoimapolitiittinen aikuiskoulutus) ajalta sekä työsuhteen päättymisen jälkeisen omatoimisen työhaun ajalta, enintään 20 päivältä. Tämän lisäksi työllistymisohjelmallisaa voidaan maksaa toimenpiteiden väliseltä, omatoimisen työpaikkojen haun ajalta, joka on enintään seitsemän päivän pituinen. Työllistymisohjelmallisaa maksetaan kaikkiaan enintään 185 päivältä.

Vuonna 2005 peruspäivärahan työllistymisohjelmallisä on 4 euroa päivältä eli 86 euroa kuukaudessa. Ansiopäivärahassa työllisyysohjelmallisä oikeuttaa tavallista ansiopäivärahaa korkeampiin korvausprosentteihin. Esimerkiksi 1500 euroa kuussa ansainneen henkilön työllisyysohjelmallisällä korotettu päiväraha on noin viidenneksen suurempi kuin tavallinen ansiopäiväraha. Suurempituloisilla lisäys on tätäkin suurempi. 3000 euroa kuukaudessa ansainneen henkilön työllisyysohjelmallisällä korotettu päiväraha on jo lähes kolmanneksen suurempi kuin tavallinen ansiopäiväraha. Tämän lisäksi työvoimakoulutukseen osallistuvalla voidaan maksaa työllistymisohjelmallisällä korotetun koulutustuen (päivärahan) lisäksi ylläpitokorvausta. Korotetut etuudet lisäävät aktiivitoimenpiteisiin osallistumisen taloudellisia kannustimia. Samalla on kuitenkin huolehdittava myös aktiivitoimenpiteiden laadusta ja vaikuttavuudesta.^{xvi}

Pitkäaikaistyöttömien toimeentuloa koskevassa kertaratkaisussa rajatulle ryhmälle pitkäaikaistyöttömiä myönnettiin 1.5.2005 alkaen oikeus eläketukeen työmarkkinatuen sijasta. Eläketuki takaa työmarkkinatukea paremman toimeentuloturvan. 1.7.2005 astui voimaan lainmuutos, jolla korotettiin vähintään 20 vuotta työssä olleen henkilön peruspäivärahaa, koulutuspäivärahaa ja koulutustukea. Vastaava korotus on jo aiemmin ollut käytössä ansioturvan puolella.

Kokeilua, jossa osa ansiotuloista jätetään ottamatta huomioon toimeentulotukea myönnettäessä, jatkettiin vuoden 2006 loppuun asti. Toimeentulotukea hakevan henkilön tai perheen ansiotuloista jätetään ottamatta huomioon 20 prosenttia. Kokeilun jatkamisen yhteydessä huomiotta jätettävän tulon enimmäismäärää korotettiin 1.4.2005 alkaen 100 eurosta 150 euroon kuukaudessa.

Vuoden 2006 talousarvion valmistelun yhteydessä hallitus sopi toimista kaikkein vähävaraisimpien aseman parantamiseksi. Toimeentulotuen asumismenojen seitsemän prosentin omavastuu poistetaan. Tämä lisää erityisesti niiden toimeentulotukea saavien talouksien tuloja, joilla on suuret asumismenot. Muutoksen toivotaan ehkäisevän vuokrarästien kertymistä sekä asuntojen irtisanomisista. Muutoksen arvioidaan lisäävän toimeentulotukimenoja vuositasolla noin 40 miljoonalla eurolla. Muutoksen on tarkoitus tulla voimaan 1.9.2006. Kansaneläkkeisiin tehdään samana ajankohtana viiden euron suuruinen tasokorotus. Korotus hyödyttää sekä pelkkää kansaneläkettä saavia että myös niitä eläkeläisiä, jotka saavat sekä kansaneläkettä että työeläkettä. Kansaneläkkeen tasokorotus koskee noin 660 000 eläkkeensaajaa. Korotus nostaa myös muita kansaneläkkeeseen sidottuja etuuksia, joita ovat yleiset perhe-eläkkeet, luopumistuet ja sukupolvenvaihdoseläkkeet, ylimääräiset rintamalisät, sotilasavustukset sekä maahanmuuttajien erityistuki. Tasokorotuksen kustannusvaikutuksen arvioidaan olevan vuositasolla yhteensä noin 40,5 miljoonaa euroa. Kunnallisverotuksen eläketulovähennyksen täysi määrä on sidottu kansaneläkkeen suuruuteen. Tämän takia kansaneläkkeen tasokorotus keventää myös useiden eläkkeensaajien verotusta.^{xvii} Pitkäaikaistyöttömien työhön paluuta tuetaan asumistuen muutoksella. Asumistuen maksamista jatketaan kolmen kuukauden aikana entisen suuruisena, kun yli vuoden työmarkkinatukea tai työttömyysturvan peruspäivärahaa saanut henkilö työllistyy. Muutoksella tuetaan työllistymistä ja esitetään takaisinperintätilanteita. Tukimuutos kannustaa työllistymään, kun työhönmeno ei enää aiheuta asumistuen leikkausta välittömästi. Uudistuksen arvioidaan koskevan noin 5000 tuensaajaa, jotka saavat noin 200 euron hyödyn kuukaudessa. Asumistuen muutos tulee voimaan 1.3.2006.

Hallituskauden ehkä merkittävimmät muutokset toimeentuloturvassa koskevat työeläkejärjestelmää. Muutokset astuvat asteittain voimaan vuoden 2005 alusta alkaen. Uudistusten täysi vaikutus näkyy vasta pitkällä tulevaisuudessa. Hallitusohjelmassa hallitus lupautui saattamaan loppuun yksityisalojen työeläke-etuuksia koskevan uudistuksen toimeenpanon sekä ulottamaan uudistuksen myös muiden alojen ansioeläkkeisiin. Valtion ja kuntien uudet eläkelait astuivat voimaan vuoden 2005 alussa. Valtion ja kuntasektorin eläkeuudistuksissa toteutettiin pääosin samat eläketurvan muutokset kuin yksityisalojen eläkeuudistuksessa. Uudistuksissa pyrittiin kuitenkin ottamaan huomioon valtion ja kuntasektorin eläkejärjestelmien erityispiirteet. Merkittävin ero yksityisaloihin verrattuna on julkisen sektorin eläkejärjestelmissä vuoden 2004 loppuun mennessä ansaituille eläkkeille tehtävä yhteensovitus sekä ennen vuotta 1995 karttuneen eläkkeen normeeraus ("varhennusvähennys"), jos työntekijä haluaa jäädä eläkkeelle ennen nykyistä eläkeikäänsä 63 vuotta täytettyään. Näiden julkisten järjestelmien muutosehdotusten ja yksityisen puolen muutosten ero selittyy julkisen puolen aikaisemmalla lisäturvan karttumalla ja sen suojauksilla.

Hallitus antoi keväällä 2005 eduskunnalle esityksen työntekijän eläkeläiksi, jossa yksityisten alojen palkansaajien työeläkettä koskeva lainsäädäntö esitetään yhdistettäväksi. Uuteen työntekijän eläkelakiin koottiin työntekijäin eläkelaisissa, lyhytaikaisissa työsuhhteissa olevien työntekijäin eläkelaisissa ja taiteilijoiden ja eräiden erityisryhmiin kuuluvien työntekijäin eläkelaisissa olevat työntekijän eläketurvaa koskevat säännökset. Lakiuudistus jatkaa vuoden 2005 työeläkeuudistuksen loppuun saattamista eikä sisällä varsinaisia uusia eläkepoliittisia muutoksia.

5.2.1 Kannustavuus ja toimeentuloturva

Toimeentuloturva ja osallistuminen työelämään

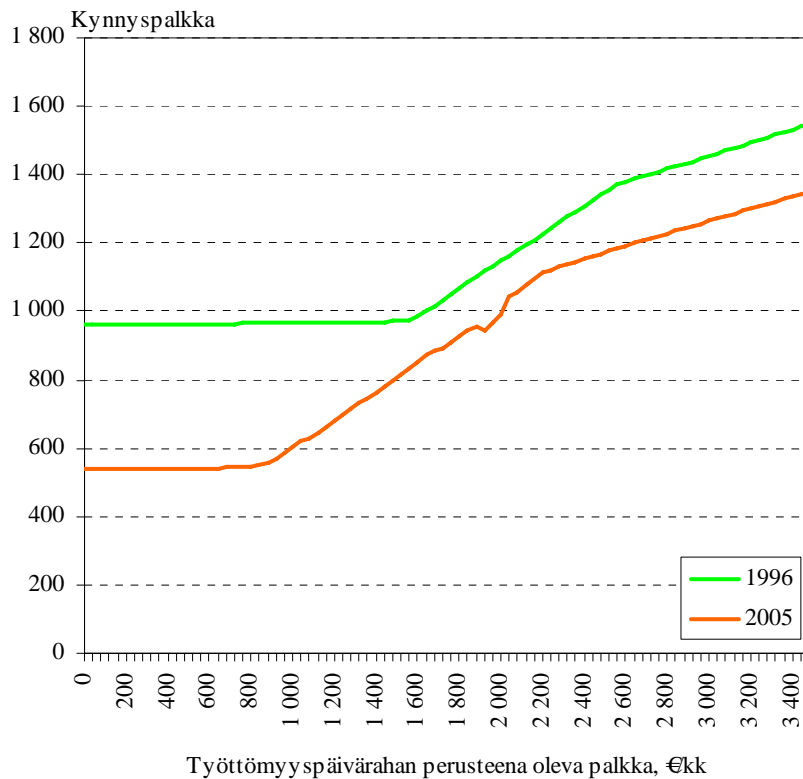
Toimeentuloturvan kannustintarkasteluissa ollaan useimmiten kiinnostuneita siitä, miten toimeentuloturva vaikuttaa etuuskien saajien osallistumiseen työelämään. Mikäli etuuskien varassa eläminen tarjoaa lähes saman toimeentulon kuin työssäkäynti, saattaa kynnys työn vastaanottamiseen nousta ja etuuskien alkuperäinen tarkoitus unohtua.

Eräs tapa havainnollistaa toimeentuloturvan kannustavuutta tästä näkökulmasta, on tarkastella sitä bruttopalkkaa, jolla käytettävissä oleva nettotulo muodostuu samaksi kuin pelkän toimeentuloturvan varassa elettäessä. Mitä korkeampi tämä kynnyspalkka on, sitä luultavampia toimeentuloturvaan liittyvät kannustinongelmat ovat. Kuviossa 42 on esitetty ansiosidonnaista työttömyyspäivärahaa saavan, yksin vuokralla asuvan henkilön kynnyspalkka eri työttömyyttä edeltävillä tulotasoilla vuosien 1996 ja 2005 etuus ja veroperusteilla. Etuus- ja veroperusteiden muutosten lisäksi kynnyspalkan laskennassa on otettu huomioon ansio- ja vuokratason muutos vuosien 1996 ja 2005 välillä. Kuviosta voidaan havaita, että esimerkkitapauksessa työttömyyspäivärahaa saavan kynnyspalkka on laskenut ja kannustavuus työhön on parantunut kaikilla tulotasoilla.

Kynnyspalkkaa koskeva tarkastelu on hyvin pelkistetty. Tulokset riippuvat tarkasteltavasta etuudesta, perhetypistä, asumiskustannuksista sekä muista oletuksista. Lisäksi kynnyspalkka kuvaa ainoastaan sitä palkkatasoa, joka takaa samat käytettävissä olevat tulot kuin toimeentuloturva. Koska työssäkäynnistä saattaa aiheutua kustannuksia ja vapaa-ajalla on oma arvonsa, kynnyspalkka pitäisi ehkä määritellä palkkatasona, jolla käytettävissä olevat tulot työssä ollessa ainakin jossain määrin ylittävät toimeentuloturvan tason. Toisaalta monet kokevat työssäkäynnin ja sen myötä syntyvät ihmissuhteet jo sinällään tärkeäksi osaksi elämää. Myös nämä seikat on syytä ottaa huomioon kynnyspalkkojen merkitystä arvioitaessa.^{xviii}

Toimeentuloturvan kannustavuutta voidaan tarkastella myös työssä käyvän tulonlisäyksen näkökulmasta. Tällöin mielenkiinto kohdistuu siihen käytettävissä olevien tulojen lisäykseen, joka ansiotulojen lisäyksestä seuraa. Osa bruttotulon lisäyksestä hupenee veroihin. Samaan kotitalouteen saatetaan maksaa myös tulovähenteisiä etuuksia (asumistuki, tulovähenteinen työmarkkinatuki, kotihoidontuen hoitolisä), jotka supistuvat ansiotulojen kasvaessa. Tämä voi pienentää nettotulojen kasvua edelleen. Lapsiperheissä bruttotulojen mukaan kasvavat kunnalliset päivähoitomaksut saattavat edelleen pienentää nettotulojen lisäystä. Äärimmillään eri järjestelmien yhteisvaikutus saattaa johtaa niin sanottuun tuloloukkuun, jossa kotitalouden nettotulot eivät juurikaan kasva vaikka ansiotulot kasvavat. Tutkimuksissa tähän viitataan usein korkeina efektiivisinä rajaveroasteina

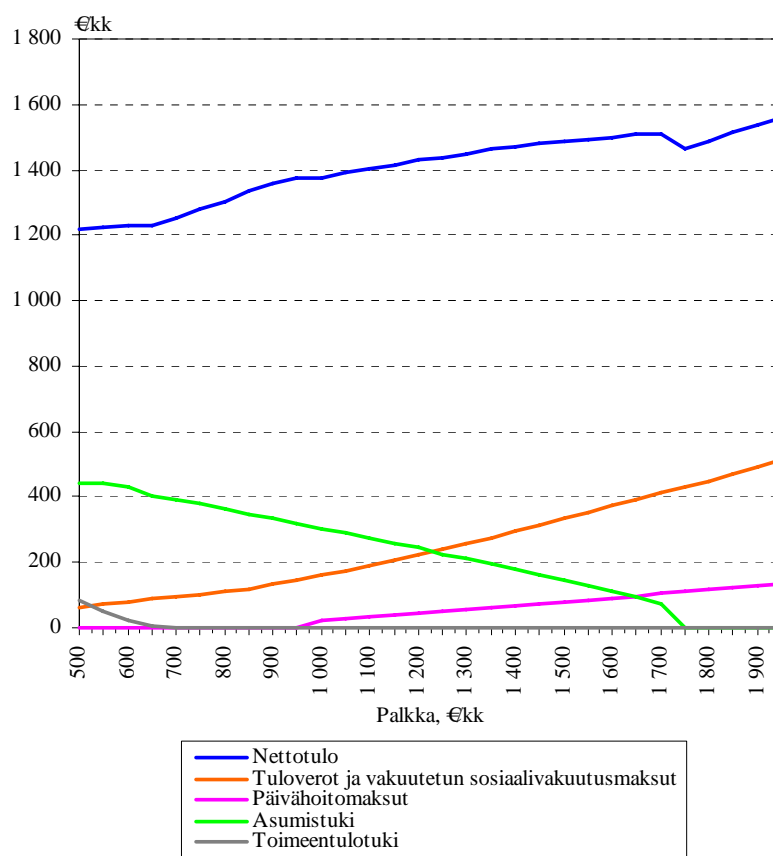
Kuvio 42. Kynnyspalkat vuosien 1996 ja 2005 vero- ja etuusperusteilla, euroa kuukaudessa vuoden 2005 ansiotasossa



Lukuesimerkki: 1600 euron kuukausipalkalta työttömäksi jäävän henkilön täytyisi vuonna 2005 työllistyessään ansaita vähintään 850 euroa kuukaudessa, jotta hän vuositasolla saavuttaisi samat käytettävissä olevat tulot kuin työttömänä ollessa. Tarkastelussa huomioita ansiopäiväraha, asumistuki ja verotus sekä työttömänä ollessa myös mahdollinen toimeentulotuki.

Kuviossa 43 on esitetty kuvitteellinen esimerkki tuloloukkua lähentyvästä tilanteesta. Kuviossa on esitetty vuokralla asuvan yhden lapsen yksinhuoltajatalouden nettotulot päivähoitomaksujen vähentämisen jälkeen eri palkkatasoilla vuonna 2005. Nettotulojen lisäksi kuviossa on esitetty palkan suuruudesta riippuvat asumistuki, verot ja sosiaalivakuutusmaksut sekä päivähoitomaksut. Aivan pienillä palkkatuloilla talous olisi oikeutettu myös toimeentulotukeen. Kuviossa esitettyjen tuloerien lisäksi esimerkkitapauksen nettotulojen suuruuteen vaikuttavat lapsilisät ja elatustuki. Nämä eivät kuitenkaan ole tulovähenteisiä, joten ne eivät muutu palkan kasvaessa eikä niitä tämän takia ole erikseen esitetty kuviossa. Kuvioista voidaan havaita, että palkkatulojen lisäyksestä seuraava nettotulojen lisäys jää erityisen vaatimattomaksi noin 1000 euron kuukausituloista 1700 euroon ulottuvalla alueella.^{xix}

Kuvio 43. Yhden lapsen yksinhuoltajan nettotulot esimerkkitapauksessa eri palkkatasoilla vuonna 2005



Huom! Kuviossa on esitetty erikseen vain ne toimeentuloturvaetuudet, joiden suuruus riippuu muiden tulojen suuruudesta. Esimerkkitalouden nettotuloihin sisältyvät näiden etuuksien lisäksi lapsilisä (136,60 €/kk) ja elatustuki (118,15 €/kk).

Yleensä kannustinkysymyksiä arvioidaan toimeentuloturvaetuuksia jo saavien henkilöiden ja kotitalouksien työn tarjonnan lisäyksen kannalta. Kuvion 85 esimerkin kaltaiset korkeat efektiiviset rajaveroasteet kuitenkin lisäävät myös osa-aikatyön houkuttelevuutta. Nettotulojen supistuminen kokoaikatyöstä osa-aikatyöhön siirryttäessä voi jäädä huomattavasti pienemmäksi kuin palkkatulojen pieneneminen.

Edellä esitetyn kaltaisia kuvitteellisia esimerkkitapauksia tuloloukuista on varsin helppo keksiä, mutta tällaisten tilanteiden yleisyyttä todellisuudessa on hankalampi tutkia. Parpo (2004) tutki tuloloukkujen esiintymistä empiirisesti koko väestöä edustavalla otosaineistolla. Tuloloukuksi määriteltiin tutkimuksessa tilanne, jossa kotitalouden nettotulojen kasvu jäi alle 20 prosenttiin kotitalouden ansiotulojen lisäyksestä. Näin määritellyt tuloloukut olivat palkansaajatalouksissa harvinaisia ja tuloloukut näyttivät olevan enemmän työttömien ongelma.^{xx}

Esimerkkilaskelmia voidaan kritisoida myös muista heikkouksista. Laskelmissa oletetaan yleensä, että eri etuudet ja maksut muuttuvat välittömästi ansiotulojen muutosten myötä. Kuitenkin esimerkiksi asumistuki tarkistetaan säännöllisten vuositarkistusten vä-

lillä vain, jos ruokakunnan tulot nousevat vähintään 300 euroa kuukaudessa edellisen päätöksen tuloihin verrattuna. Vastaavasti kunnat sallivat melko huomattavatkin tulojen lisäykset ilman, että päivähoitomaksuja tarkistetaan toimintakauden aikana. Käytännössä tulosidonnaiset etuudet ja maksut eivät siis heti muutu tulojen kasvaessa.

”Byrokratialoukusta” puhuvat tutkijat taas korostavat tukien myöntämiseen käytännössä liittyviä katkoksia tai viiveitä, joista seuraavia kannustinongelmia laskelmat eivät tunnista. Yleensä tällöin viitataan työttömien kannusteisiin vastaanottaen lyhytkestoisia töitä. Esimerkiksi lyhyen työsuhteen päättyessä kertynyt käyttämättä jäänyt loma maksetaan usein rahana. Näin maksettu lomakorvaus jaksotetaan jakamalla lomakorvaus päiväpalkalla. Jaksotuksen ajalta työttömyyspäivärahaa tai työmarkkinatukea ei makseta.^{xxi} Sinällään jaksotus on johdonmukainen menettely niihin tuen saajiin verrattuna, jotka pitävät palkalliset lomapäivät työsuhteen aikana, jolta ajalta he eivät ole oikeutettuja päivärahaan. Työttömälle jaksotus voi kuitenkin aiheuttaa ikävän yllätyksen määräaikaisen työsuhteen umpeutuessa. Jaksotuksen lisäksi työttömyyskorvauksen saannin voi estää myös uusi omavastuu aika. Ansio- ja peruspäivärahassa omavastuu aika asetetaan kerran 500 päivän enimmäismaksuaikaa kohden. Työmarkkinatuessa omavastuu aika sen sijaan on voimassa vain sen kalenterivuoden loppuun, jonka aikana se on hankittu. Tämän jälkeen henkilölle voidaan asettaa uusi omavastuu aika. Esimerkiksi henkilö joka on saanut työmarkkinatukea omavastuun ajan jälkeen loppuvuodesta alkaen, voi seuraavan vuoden alkupuolella ajoittuvan lyhyehkön työsuhteen jälkeen joutua jälleen odottamaan työmarkkinatukea omavastuun ajan vuoksi.^{xxii}

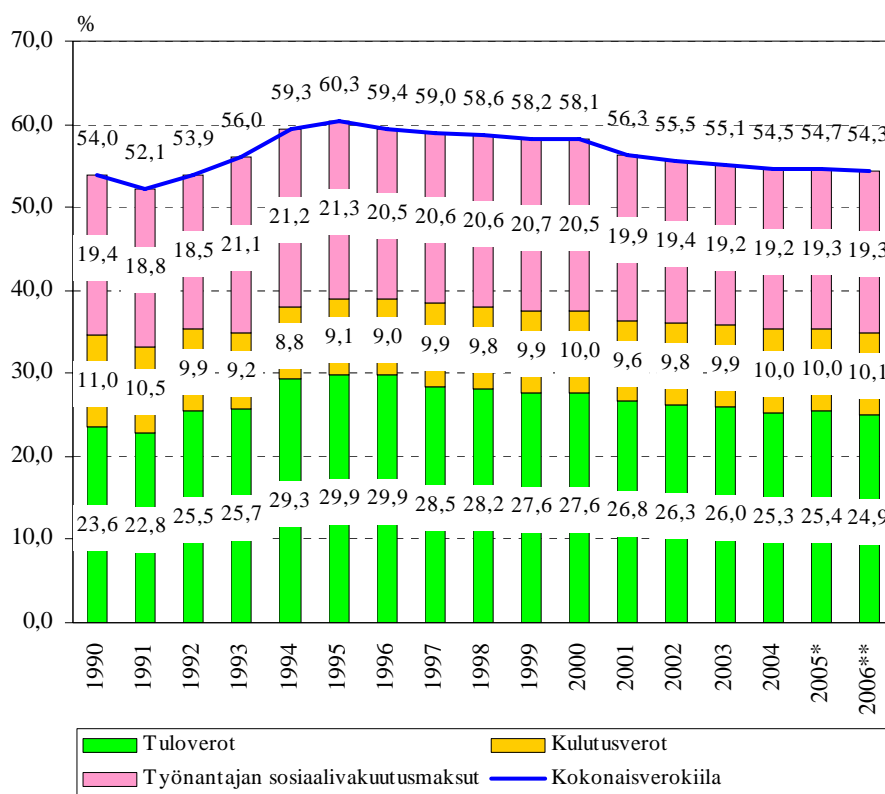
Tulonsiirtojärjestelmiin sisältyvät lyhyen ajan taloudelliset kannustimet ei vielä merkitse sitä, että ne ensisijaisesti ohjaisivat kotitalouksien valintoja. Kotitaloudet saattavat suunnitella elämäänsä pidemmälle kuin nykyisten etuuksien maksatus ulottuu. Ansio-päivärahapäivät täyttyvät ajan myötä ja lapset siirtyvät päivähoidosta kouluun. Vastavia työtarjouksia ei ehkä silloin enää ole tarjolla, joten työtarjous saatetaan ottaa vastaan vaikka välitön lyhyen ajan taloudellinen hyöty jäisi vähäiseksi. Tarjolla oleva työtehtävä voidaan myös nähdä ensimmäisenä askeleena paremmin palkattuihin tehtäviin. Lisäksi taloudellisten vaikuttimien ohella päätöksiä ohjaavat muut arvot. Kotitalouksien edellytetään myös tuntevan tulonsiirtojärjestelmät niin hyvin, että he pystyvät etukäteen arvioimaan tulonsa eri tilanteissa. Viimeaikainen keskustelu sosiaaliturvan alikäytöstä antaa aiheen epäillä, että kotitalouksien tietämyksessä toimeentuloturvasta saattaa olla suuria eroja. Mahdollisen alikäytön suuruudesta on tosin vaikea esittää luotettavia arvioita edes yksittäisen toimeentuloturvaetuuden osalta.^{xxiii}

Tutkimustieto toimeentuloturvan todellisista vaikutuksista kotitalouksien valintoihin on valitettavasti huomattavasti rajoitetumpaa kuin tietämys järjestelmien kannustinrakenteista. Käyttäytymisvaikutusten arviointi asettaa sekä tutkimusaineistoille että tutkimusmenetelmille huomattavasti suuremmat vaatimukset kuin pelkkien kannustinrakenteiden tarkastelu. Lainsäädäntömuutosten vaikutuksia arvioitaessa pitäisi lakimuutosten vaikutukset pystyä erottamaan muista tekijöistä ja toimintaympäristön muutoksista, mikä on usein vaikeaa. Tulonsiirtojärjestelmiin ja kannustinloukkuihin kohdistuva kritiikki voi käyttäytymisvaikutusten lisäksi pohjautua myös periaatteellisimmille seikoille. Tulonsiirtojärjestelmien toimintaa ei ehkä pidetä kovin oikeudenmukaisena, jos esimerkiksi osa-aikatyöstä koko-aikatyöhön siirtyminen ei juurikaan lisää henkilön tai kotitalouden nettotuloja.

Toimeentuloturvan rahoitus ja työvoiman kysyntä

Julkisuudessa toimeentuloturvan kannustimet liitetään lähes pelkästään yksittäisten henkilöiden tai kotitalouksien valintoihin. Toimeentuloturvan ja erityisesti sen rahoituksen kannustinvaikutukset koskettavat kuitenkin myös muita taloudenpitäjiä kuin etuuk-sien saajia. Toimeentuloturvaetuuksien rahoittamiseksi perittävät verot ja sosiaalivakuutusmaksut kasvattavat omalta osaltaan työnantajan työvoimakustannusten työntekijän nettopalkan välistä verokiilaa.^{xxiv} Tämän on pelätty heikentävän työllisyyttä, mikäli verokiila jää pääasiassa työnantajan kannettavaksi korkeampien työvoimakustannusten muodossa. Mikäli taas huomattava osa verokiilasta siirtyy ajan myötä alhaisempien palkkavaatimusten kautta työntekijöiden kannettavaksi, on vaikutus työllisyyteen vähäisempi. Työn verotuksen ja työllisyyden välistä yhteyttä on tutkittu eri maissa ja eri tilastoaineistoilla runsaasti. Tästä huolimatta tutkijat eivät suinkaan ole yksimielisiä siitä, kuinka suuri merkitys verokiilalla on työllisyyteen.^{xxv} Viime vuosina verokiilaa on ka-vennettu erityisesti tuloverotusta keventämällä. (Kuvio 44.)

Kuvio 44. Keskituloisen palkansaajan työvoimakustannusten kokonaisverokiila ja sen osatekijät vuosina 1990-2006. Eri verojen osuus työvoimakustannuksista, %



Henkilön on oletettu olevan alle 53-vuotias. Verojen osuudet laskettu työvoimakustannuksista, joten esimerkiksi tuloverojen osuus ei ole sama kuin keskipalkkaisen palkan veroprosentti, joka on selvästi korkeampi. Lähde: Veronmaksajat/Kurjenoja (2005)

Verokiilalaskelmassa työnantajan sosiaalivakuutusmaksujen osuus on esitetty keskimääräisten maksujen perusteella. Suurten työnantajien työkyvyttömyys- ja työttömyyseläkkeisiin sisältyy kuitenkin yrityskoon mukaan kasvava omavastuu.^{xxvi} Täten suurten

työnantajien todellinen maksurasitus riippuu työkyvyttömyys- ja työttömyyseläketapusten yleisyydestä yrityksessä.

Suurten työnantajien työkyvyttömyys- ja työttömyyseläkkeiden omavastuuosuudet muuttavat samalla työnantajien kannustimia. Työkyvyttömyyseläkkeen omavastuun on toivottu kannustavan työnantajia pitämään huolta henkilöstönsä työhyvinvoinnista. Jos suuryrityksen työntekijöitä jää työkyvyttömyyseläkkeelle keskimääräistä vähemmän, jäävät myös yrityksen maksut pienemmän omavastuun myötä keskimääräistä maksua pienemmiksi. Toisaalta työkyvyttömyydestä voi omavastuun kautta aiheutua yritykselle suuri kertakustannus. Täten omavastuu saattaa nostaa rekrytointikynnystä, jos henkilön työkyvyttömyysriski koetaan suureksi.^{xxvii}

Työttömyyseläkkeen omavastuun avulla voidaan pyrkiä hillitsemään työttömyyseläkeputken käyttöä suurissa yrityksissä. Mikäli omavastuuta ei olisi, muodostaisi työttömyyseläkeputki varsin houkuttelevan keinon työvoiman määrän sopeuttamiseen sekä työnantajan että työntekijöiden kannalta. Yksittäisen työnantajan kannalta kustannukset jäisivät muiden kannettavaksi, samalla kun ikääntyneiden irtisanottujen toimeentulo olisi kohtuullisesti turvattu. Vuonna 2000 toteutetussa uudistuksessa suurten työnantajien työttömyyseläkkeiden omavastuita kasvatettiin. Uudistuksen vaikutuksia arvioineen tutkimuksen perusteella kannustimien muutokset näkyivät myös käytännössä. Työttömyyseläkeputken irtisanottujen osuus väheni eniten niissä yrityksissä, joissa omavastuut kasvoivat.^{xxviii} Kuten työkyvyttömyyseläkkeiden niin myös työttömyyseläkkeiden omavastuusiin liittyy käänköpuoli. Omavastuun kasvattaminen saattaa entisestään vaikeuttaa ikääntyneiden työllistymistä. Vuoden 2005 eläkeuudistuksessa työttömyyseläkkeistä tullaan asteittain luopumaan. Tähän liittyen työttömyysetuuksien rahoitusta muutettiin siten, että työnantajille säädettiin omavastuu osaksi työttömyysturvan lisäpäivien rahoittamista. Työttömyysturvan omavastuussa noudatetaan soveltuvin osin työttömyyseläkkeiden omavastuussa sovellettavia periaatteita.

Toimeentuloturvan kannustinvaikutukset ulottuvat myös julkisen sektorin toimintaan. Toimeentuloturvaetuuksien rahoitusvastuu vaihtelee etuudesta riippuen. Esimerkiksi työmarkkinatuen ja yleisen asumistuen rahoittaa valtio. Toimeentulotuen maksaa taas kunta eikä yksittäisen kunnan tätä varten saama laskennallinen valtionosuus riipu kunnan maksamasta toimeentulotuesta (työmarkkinatuen ja toimeentulotuen rahoitusmuutokset ks. oheinen tietolaatikko). Etuuden saajan kannalta oleellisin seikka on luultavammin eri etuuksien yhdessä takaama tulotaso. Se mistä eri etuuksista koko tulopaketti koostuu, ei liene niin oleellista. Sen sijaan yksittäisen kunnan talouden kannalta voi tulojen koostumuksella eri toimeentuloturvaetuuksista olla suurikin merkitys. Rahoitusvastuun lisäksi tätä korostaa vielä verotus. Työttömyyspäivärahat ja työmarkkinatuki ovat veronalaista tuloa, joka kasvattaa myös kunnan verotuloja.

Rahoitusvastuut vaikuttavat myös siihen, miten työllisyyden muutokset vaikuttavat kuntien ja valtion rahoitusasemaan. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus on havainnollistanut tätä esimerkkilaskelmilla, joissa tarkastellaan julkisen sektorin rahoitusaseman muutoksia työmarkkinatuelta palkkatyöhön siirryttäessä.^{xxix} Yli puolet työllistymisestä seuraavasta julkisen sektorin rahoitusaseman parantumisesta koitui valtiolle. Kuntien osuus kokonaisuhyödystä jäi vähäiseksi. Erityisen pieneksi se muodostui silloin, kun työllistytvä oli yksin asuva pienituloisen henkilö tai kotitalous, jonka lapselle oli samalla järjestettävä päivähoitopaikka. Laskelmien avulla voi arvioida julkisen sektorin rahoitusaseman muutoksia

myös päinvastaisessa tilanteessa, jossa henkilö joutuu työttömäksi ja saa työmarkkinatukea. Tämä heikentää erityisesti valtion rahoitusasemaa kuntien välittömien taloudellisten menetysten jäädessä vähäisemmiksi. Erityisesti selvästi tämä tulee esiin tilanteessa, jossa kunta sopeuttaa toimintaansa irtisanomalla omia työntekijöitensä.

Työmarkkinatuen ja toimeentulotuen rahoitusuudistus

Työtön voi menettää määräajaksi oikeutensa työmarkkinatukeen esimerkiksi kieläytymällä ilman pätevää syytä työvoimakoulutuksesta tai työharjoittelusta. Kunnan talouden kannalta tilanne on hankala, sillä useissa tapauksissa kunta maksaa valtion rahoittaman työmarkkinatuen sijasta toimeentulotukea. Tämän on pelätty haittaavan kuntien ja julkisen työvoimapaalvelun tehokasta yhteistyötä työllisyyden hoidossa. Toimintatapoihin on saattanut vaikuttaa eri toimeentuloturvaetuuksien erilainen rahoitusvastuu. Tämän takia pitkäkestoisen passiivisen työmarkkinatuen ja toimeentulotuen rahoitusvastuu jaetaan uudelleen valtion ja kuntien kesken vuoden 2006 alusta lukien. Uudistus on osa laajempaa työmarkkinatuen aktivointiuudistusta. Työmarkkinatuen rahoitus uudistetaan siten, että valtio ja kunnat rahoittavat puoliksi työmarkkinatukea 500 päivää saaneiden henkilöiden työmarkkinatuen. Aktiivitoimenpiteiden ajalta valtio vastaa rahoituksesta 500 päivän jälkeenkin. Toimeentulotuen rahoitus jaetaan perustoimeentulotukeen ja harkinnanvaraiseen osaan. Perustoimeentulotuki koostuu toimeentulotuen perusosasta, asumismenoista, kotivakuutuksesta, taloussähköstä sekä vähäistä suuremmista terveydenhuoltomenoista. Perustoimeentulotuki erotetaan valtionosuusjärjestelmästä ja sen rahoituksesta vastaavat valtio ja kunnat puoliksi.^{xxx} Yli 500 päivää työmarkkinatukea saaneiden toimeentuloturvan rahoitusvastuun jakaantuminen kuntien ja valtion kesken ei enää tämän jälkeen oleellisesti riipu siitä, onko henkilö oikeutettu työmarkkinatukeen tai ei. Poikkeuksen muodostaa erilaisten aktiivitoimenpiteiden ajalta maksettu työmarkkinatuki, jonka rahoittaa valtio myös 500 päivän jälkeenkin. Tämä kannustaa kuntia entisestään erilaisten aktivointivaihtoehtojen etsintään yhdessä työttömien ja julkisen työvoimapaalvelun kanssa.

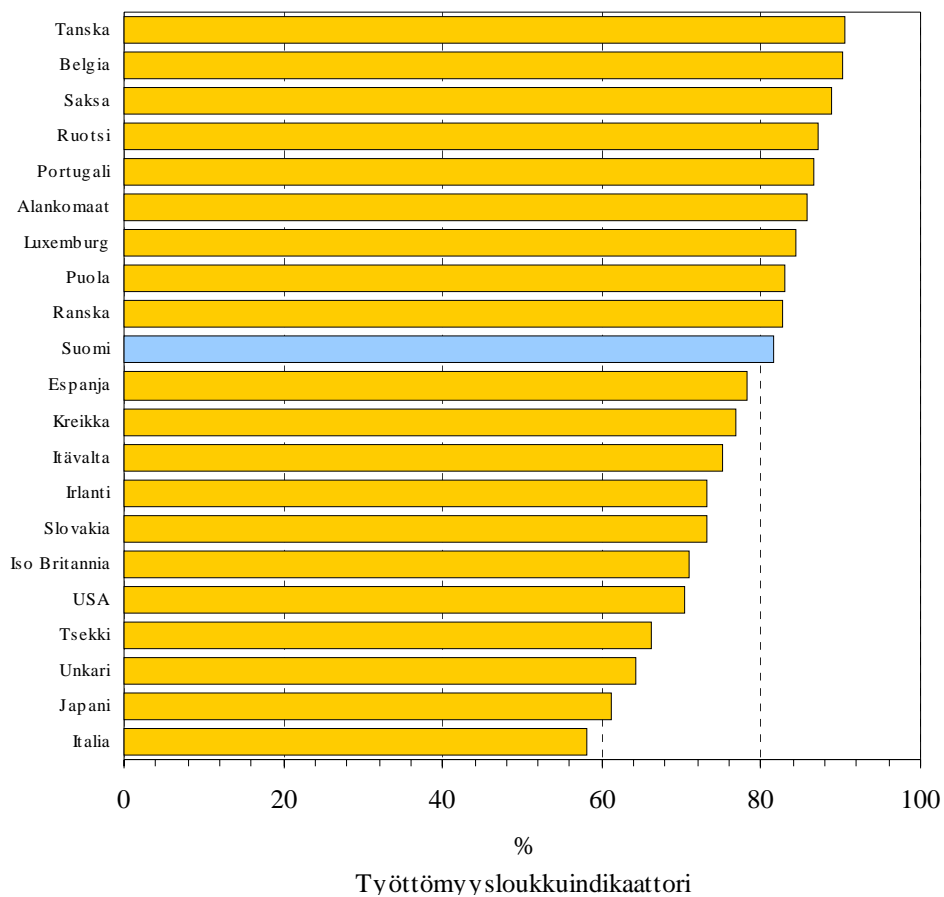
Toimeentuloturvan kannustinrakenteet kansainvälisessä vertailussa

Toimeentuloturvan kannustimista on olemassa yhä enemmän kansainvälistä vertailutietoa. Lähinnä kyse on esimerkkilaskelmista, joissa kuvataan eri tyyppisten kotitalouksien tulojen muutoksia eri elämäntilanteissa. OECD ylläpitää yhteistyössä jäsenmaiden kanssa laskentamalleja, joiden avulla voidaan esimerkkien avulla verrata lähes 30 eri maan toimeentuloturvajärjestelmiä. Mallit kattavat työttömyysturvan ja välittömän verotuksen lisäksi Suomen lapsilisiä, yleistä asumistukea ja toimeentulotukea vastaavat järjestelmät. Samalla kun laskentamallit mahdollistavat järjestelmien korvaustasojen tarkastelun työttömäksi jouduttaessa, voidaan niillä arvioida myös työllistymiseen liittyviä taloudellisia kannustimia. Malleihin ja niiden käyttöön liittyvät samat ongelmat ja rajoitteet, joita pohdittiin edellä kuvioiden 42 ja 43 yhteydessä. Kansainvälisissä vertailuissa esimerkkitapausten ja taustalla olevien oletusten edustavuus on tosin vielä vaikeammin saavutettavissa kuin kansallisissa tarkasteluissa.

Kuviossa 45 on tarkasteltu työllistymiseen liittyviä kannustimia työttömyysloukkuindikaattorin avulla. Indikaattori kuvaa sitä osuutta työllistymisestä seuraavasta ansiotulolisäyksestä, joka menetetään verotuksen kiristymisen, etuuskien menettämisen tai supis-

tumisen myötä. Mitä suuremman arvon indikaattori saa, sitä vähäisemmät taloudelliset kannustimet henkilöllä on työllistyä. Kuvion esimerkissä yksin vuokralla asuva henkilö on jäänyt työttömäksi työstä, jonka palkka on 67 prosenttia keskipalkasta. Hänen oletetaan työllistyvän uudelleen samalle palkkatasolle. Työllistymisen on oletettu tapahtuvan melko pian, joten esimerkiksi Suomen tapauksessa henkilö on siis oikeutettu ansiosidonnaiseen päivärahaan. Kuvion perusteella taloudelliset kannustimet työllistymisen näyttäisivät ainakin esimerkkitapauksessa olevan Suomessa jopa hieman paremmat kuin useissa muissa Pohjois- ja Keski-Euroopan maassa. Työttömyyteen vaikuttavat toki lukuisat muut tekijät kuin kuvion työttömyysloukkuindikaattorin suppeasti mittaamat taloudelliset kannustimet. Esimerkiksi Tanska panostaa voimakkaasti aktiiviseen työvoimapolitiikkaan, jossa korostetaan sekä työnhakijan oikeuksia että velvollisuuksia. Paikallistasolla tapahtuvan palkanmuodostuksen ja vähäisen irtisanomissuojan vastapainona on hyvä työttömyysturva. Tanskassa alhainen työttömyysaste ja korkea työllisyys onkin voitu saavuttaa toimeentuloturvan tasosta tinkimättä.

Kuvio 45. Työttömyysloukkuindikaattori eräissä OECD-maissa palkan ollessa 67 prosenttia keskipalkasta vuonna 2003. Yksin vuokralla asuva henkilö



Mitä suuremman arvon työttömyysloukkuindikaattori saa, sitä pienemmät taloudelliset kannustimet on työllistyä. Lähde: OECD

Lasten päivähoidon saatavuus ja siitä perittävät maksut muodostavat erään vanhempien työllisyyteen vaikuttavan tekijän, joka kansainvälisissä kannustavuusvertailuissa on yleensä jäänyt huomiotta. Kuitenkin päivähoitomaksut ovat vanhempien työssäkäyntiin

kiinteästi liittyvä menoerä. Lasten päivähoitoa tuetaan eri maissa eri tavoin ja tuen suuruus vaihtelee. Suomessa julkinen päivähoito on kaikkien saatavilla ja se rahoitetaan pääasiassa verovaroin. Muissa maissa asiakasmaksujen osuus voi olla korkeampi tai päivähoitopalvelut on hankittava yksityisiltä palvelujen tuottajilta.^{xxxii} Suomessa tuetaan alle kolmivuotiaiden lasten vanhempia myös kotihoidon tuen kautta, joka edelleen muuttaa näiden perheiden työnteon kannustimia. Muissa maissa kotihoidon tukea vastaavia kannustinelementtejä saattaa sisältyä perheverotukseen, joka ei kuitenkaan ole yleensä yhtä tiukasti kohdennettu juuri pienten lasten vanhemmille.

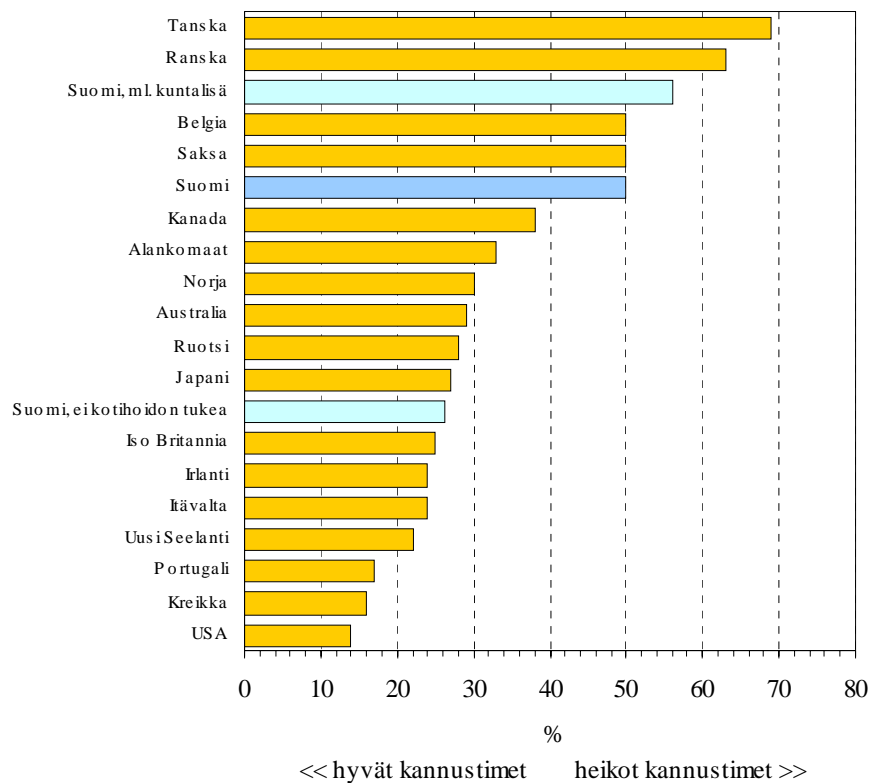
OECD on esittänyt alustavia laskelmia, joissa on arvioitu toimeentuloturvaetuuksien, verotuksen ja päivähoitomaksujen vaikutusta pienten lasten vanhempien työssäkäynnin taloudellisiin kannustimiin. Työllistymisen kannustimia on tässäkin yhteydessä arvioitu edellä esitetyn työttömyysloukkuindikaattorin avulla. Koska työllistyvän vanhemman ei laskelmissa oleteta saaneen työttömyyskorvausta, voidaan indikaattoria tässä yhteydessä kutsuttu kannustinloukkuindikaattoriksi. Indikaattori on esitetty alla sekä ilman päivähoitomaksuja (kuvio 46 a) että päivähoitomaksut huomioon ottaen (kuvio 46 b). Kannustinloukkuindikaattori saa luonnollisesti suuremman arvon, kun päivähoitomaksut vähennetään työllistymistä seuraavista nettotuloista, jolloin osa työllistymisestä seuraavista lisätuloista hupenee päivähoitomaksuihin. Suomen osalta kannustinloukkuindikaattorin arvoa ja työllistymiskynnystä kohottaa laskelmissa lasten kotihoidon tuki. Eräät kunnat maksavat kotihoidon tukea kunnallisilla lisällä korotettuna. Kunnallisten lisien vaikutuksen havainnollistamiseksi kuviossa on esitetty Suomen osalta indikaattorin arvo myös kunnallinen lisä huomioon ottaen (Helsinki).^{xxxiii} Oikeus kotihoidon tukeen lakkaa nuorimman lapsen täyttäessä kolme vuotta, jolloin myös työllistymisen taloudelliset kannustimet kohe-nevat oleellisesti. Tätä on havainnollistettu laskemalla indikaattorin arvo Suomen osalta myös kokonaan ilman kotihoidon tukea. Tällöin on muiden maiden tapaan oletettu, että kotona lapsia hoitava huoltaja ei kotihoidon tuen sijasta ole oikeutettu mihinkään muuhun ”henkilökohtaiseen” toimeentuloturvaetuuteen.^{xxxiii}

Kuviota 46 a ja b verrattaessa voidaan havaita, että eräissä maissa kynnys työllistyä kohoaa huomattavasti, jos päivähoitomaksujen vaikutus otetaan huomioon. Korkeat päivähoitomaksut muodostavat näissä maissa molempien vanhempien työssäkäyntiä rajoittavan tekijän. Verrattaessa oman järjestelmämme kannustavuutta muihin maihin on toimeentuloturvaetuuksien ja maksettujen verojen lisäksi syytä ottaa huomioon myös päivähoitopalvelut ja niistä perittävät maksut. Päivähoitomaksujen muutosten vaikutukset lasten vanhempien työssäkäynnin taloudellisiin kannustimiin on syytä pitää mielessä myös päivähoitopalvelujen maksujärjestelmää kehitettäessä.

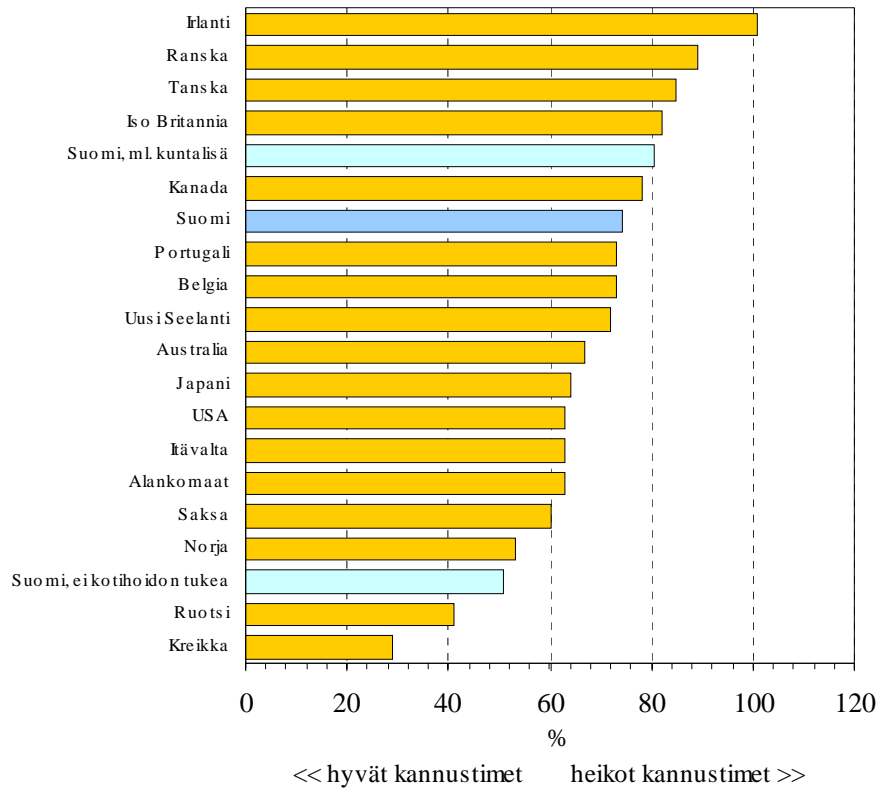
Kotihoidon tuki vähentää pienten lasten vanhempien, käytännössä yleensä äitien, työssäkäynnin taloudellisia kannustimia. Tähän kiinnitti taannoisessa raportissaan huomiota myös OECD, joka suositti etuuden maksamiseen rajoituksia.^{xxxiv} Kotihoidon tukea ei luonnollisesti pidä arvioida pelkästään kannustavuuden ja työllisyyden näkökulmasta. Tuen tavoitteena on tarjota pienten lasten vanhemmille mahdollisuus hoitaa lapsiaan itse. Tuki on hyvä esimerkki niistä ristiriidoista, joita korkean työllisyyden ja muiden sosiaalipoliittisten tavoitteiden välillä voi olla. Oleellinen kysymys kotihoidon tukea arvioidaessa on tukijaksojen vaikutus kotiin jäävien vanhempien myöhempään asemaan työmarkkinoilla.^{xxxv} Kuvion 46 b perusteella taloudelliset kannustimet molempien vanhempien työssäkäyntiin näyttävät kotihoidon tuen jälkeiseltä ajalta kansainvälisesti verrattuna hyviltä.

Kuvio 46. Matalapalkkaisen työn taloudelliset kannustimet lapsiperheissä

a) Toimeentuloturvaetuuksien ja verotuksen muutos suhteessa uudesta työstä saataviin ansioihin myös toisen vanhemman siirtyessä ansiotyöhön



b) Toimeentuloturvaetuuksien, verotuksen ja päivähoitomaksujen muutos suhteessa uudesta työstä saataviin ansioihin myös toisen vanhemman siirtyessä ansiotyöhön



Mitä suuremman arvon indikaattori saa, sitä pienemmät taloudelliset kannustimet on työllistyä. Tiedot vuosilta 2001 tai 2002. Työllistyvän palkan oletetaan olevan 67 prosenttia keskipalkasta ja jo töissä olevan vanhemman palkan oletetaan olevan keskipalkka. Perheessä 2- ja 3- vuotiaat lapset, jotka työllistymisen jälkeen kokopäivähoidossa. Työllistytävä ei ole ennen työllistymistä oikeutettu työttömyyskorvaukseen. Lähde: OECD (laskelmat alustavia), paitsi Suomen osalta STM.

Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

VI Lapsiperheiden hyvinvointi

Lapsiperheiden hyvinvoinnin vaikuttavuustavoitteet

- Tuetaan vanhemmuutta ja perheiden yhtenäisyyttä
- Tasataan lapsista aiheutuvia kustannuksia
- Vahvistetaan lasten turvallista kasvu- ja kehitysympäristöjä
- Helpotetaan työ- ja perhe-elämän yhteensovitusta

Lasten hyvinvoinnin turvaamiseksi pääministeri Vanhasen hallitus on sitoutunut hallitusohjelmassaan perhe- ja lapsipolitiikan vakauteen ja ennakoitavuuteen. Hallituksen strategia-asiakirjan mukaan perheiden luottamusta tulevaisuuteen parannetaan pitkäjänteisellä politiikalla, jossa lasten ja nuorten sekä lapsiperheiden hyvinvointi otetaan selkeäksi yhteiskuntapoliittiseksi tavoitteeksi. Haasteina ovat väestön vanheneminen, aleneva syntyvyys, ensisynnyttäjien korkea keski-ikä ja perheen perustamisen myöhentyminen.

6.1 Perheen perustaminen ja perheellistyminen

Sosiaali- ja terveysministeriön perhepoliittisen strategian linjausten tavoitteena on kannustaa nuoria perheen perustamiseen helpottamalla asumisjärjestelyjä, parantamalla toimeentuloa ja palveluja sekä tukemalla työelämää ja opintoja. Erityisesti nuorten tulo työmarkkinoille on myöhentynyt opiskeluaikojen pidentymisen seurauksena. Työsuhteet muuttuivat 1990-luvulla epäsäännöllisiksi. Varsinkin nuorilla naisilla on ollut vaikeuksia sijoittua pysyviin työsuhteisiin. Tämä koskee myös korkeasti koulutettuja naisia. Perheen perustaminen on siirtynyt entistä myöhäisempään ajankohtaan. Avioliitto solmitaan nykyistä vanhempana. Hyvin usein sitä edeltää avoliitto saman tai eri kumppanin kanssa. Opiskeluaikoja tehostamalla sekä määräaikaista työsuhteita vähentämällä voidaan vaikuttaa synnyttämisen aikaistamiseen.

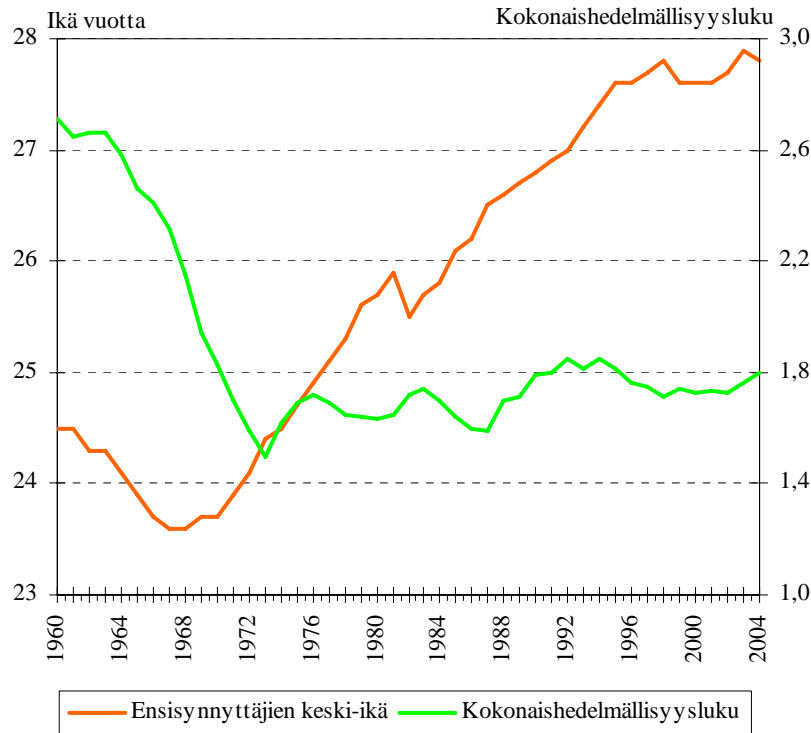
Syntyvyys

Viime vuosina syntyvyys on pysynyt melko tasaisena. Vuonna 2004 syntyi 57 758 lasta, mikä on 7 000 lasta vähemmän kuin kymmenen vuotta aikaisemmin. Syntyneiden lasten määrän aleneminen johtuu siitä, että synnytysikään ovat tulleet 1970-luvun pienet ikäluokat. Ensisynnyttäjien keski-ikä on jatkuvasti noussut. Tällä hetkellä se on lähes 28 vuotta.

Kokonaishedelmällisyysluku on meillä eurooppalaisittain tarkasteltuna varsin korkea. Vuonna 2004 kokonaishedelmällisyysluku oli 1,80, kun EU-maiden keskiarvo oli 1,50. Suomea korkeampia hedelmällisyysluvut olivat Ranskassa, Irlannissa, Islannissa ja Norjassa. Uusissa EU-maissa syntyvyys on hyvin alhaisella tasolla.

Ikäryhmittäisissä hedelmällisyyksiluvuissa on tapahtunut huomattavia muutoksia viime vuosina. Alle 30-vuotiaiden hedelmällisyys on laskenut ja yli 30-vuotiaiden puolestaan kohonnut.

Kuvio 47 Ensisynnyttäjän keski-ikä ja kokonaishedelmällisyysluku 1960 – 2004



Naisten työelämään osallistuminen sekä koulutus-tason kohoaminen ovat alentaneet syntyvyyttä. Kuitenkin Pohjoismaissa, joissa naisten työssäkäynti on muita Euroopan maita korkeampi, myös syntyvyys on korkealla tasolla. Etelä-Euroopan maissa, joissa naisten työssäkäynti on ollut vähäistä, on syntyvyys huomattavasti Pohjoismaita alhaisempaa. Pohjoismaissa perhepoliittisten tukien taso on ollut korkeampi kuin Etelä-Euroopan maissa. Näyttää todennäköiseltä, että perhepoliittiset tuet ovat estäneet syntyvyyttä painumasta vieläkin alemmalle tasolle. Tehtyjen selvitysten mukaan on pystytty osoittamaan, että perhepoliittisella tuella voidaan vaikuttaa lasten syntymisen ajoitukseen, mutta ei välttämättä siihen, kuinka monta lasta perheeseen hankitaan.

Perherakenne

Lapsiperheiden määrä on jatkuvasti vähentynyt. Vuoden 2004 lopussa oli 592 800 lapsiperhettä, mikä on lähes 20 000 perhettä vähemmän kuin vuonna 2000. Samanaikaisesti perherakenteissa on tapahtunut muutoksia. Avopariperheiden määrä kasvaa jatkuvasti. Avopariperheitä on 17 prosenttia lapsiperheistä. Perheen ensimmäisistä lapsista jo yli puolet syntyy avioliiton ulkopuolella. Tosin vanhemmat mennevät usein myöhemmin keskenään naimisiin.

Taulukko 11. Lapsiperheet tyypeittäin vuosina 1970 – 2004

	Aviopari ja lapsia, %	Avopari ja lapsia, %	Äiti ja lapsia, %	Isä ja lapsia, %	Perheitä
1970	88,9	0,9	9,0	1,2	677 035
1980	83,1	4,7	10,9	1,4	688 732
1990	76,6	9,4	12,3	1,7	659 052
1995	70,2	12,3	15,4	2,1	640 637
2000	65,1	15,5	17,0	2,4	612 627
2004	63,6	17,4	17,4	2,5	592 807

Lähde: Tilastokeskus

Avioerojen yleistyessä yksinhuoltajaperheiden määrä kasvoi nopeasti 1990-luvulla. Lapsiperheistä noin 20 prosenttia on yksinhuoltajaperheitä. Alle 18-vuotiaita lapsia yksinhuoltajaperheissä oli 184 440 vuoden 2004 lopussa. Myös uusperheiden määrä on viime vuosina jonkin verran kasvanut. Noin 8 prosenttia lapsiperheistä on uusperheitä.

Taulukko 12. Lapsiperheiden lapsiluku vuosina 1990 – 2004, prosenttia

	Perheen lapsiluku			
	1	2	3	4-
1990	44,7	39,1	12,7	3,5
1995	44,5	37,8	13,4	4,2
2000	43,8	37,7	13,9	4,6
2004	43,2	38,1	13,9	4,8

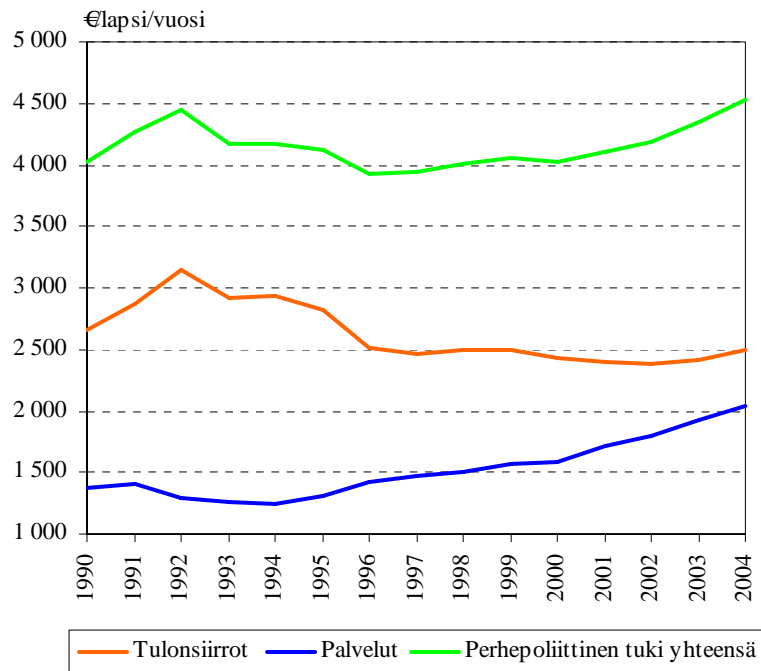
Lähde: Tilastokeskus

Perheellistymisessä on havaittavissa kahdensuuntaista kehitystä. Lapsiperheiden lapsimäärä on lievässä kasvussa, mutta toisaalta yhä useammat naiset jäävät lapsettomiksi. Myös OECD on kiinnittänyt huomiota siihen, että yhä useammat naiset Suomessa jäävät lapsettomiksi. Tällä hetkellä keski-ikäisistä naisista noin 15 prosenttia on lapsettomia. Tulevaisuudessa määrän arvioidaan nousevan 20 prosenttiin. Lapsettomuus on yleisintä korkeasti koulutetuilla naisilla.

6.2 Lapsista aiheutuvien kustannusten tasaaminen

Perhepolitiikan lähtökohtana on ollut tasata lapsista vanhemmille aiheutuneita kustannuksia. Tavoitteena on ollut, etteivät lapset aiheuta liiallista kulutusrasitusta perheelle. Monia perhepoliittisia etuuksia on korotettu hallitusohjelman mukaisesti. Perhepoliittisen tuen taso on lähes samaa tasoa kuin 1990-luvun alussa.

Kuvio 48. Perhepoliittinen tuki vuosina 1990 - 2004, euroa/lapsi/vuosi vuoden 2004 hinnoin

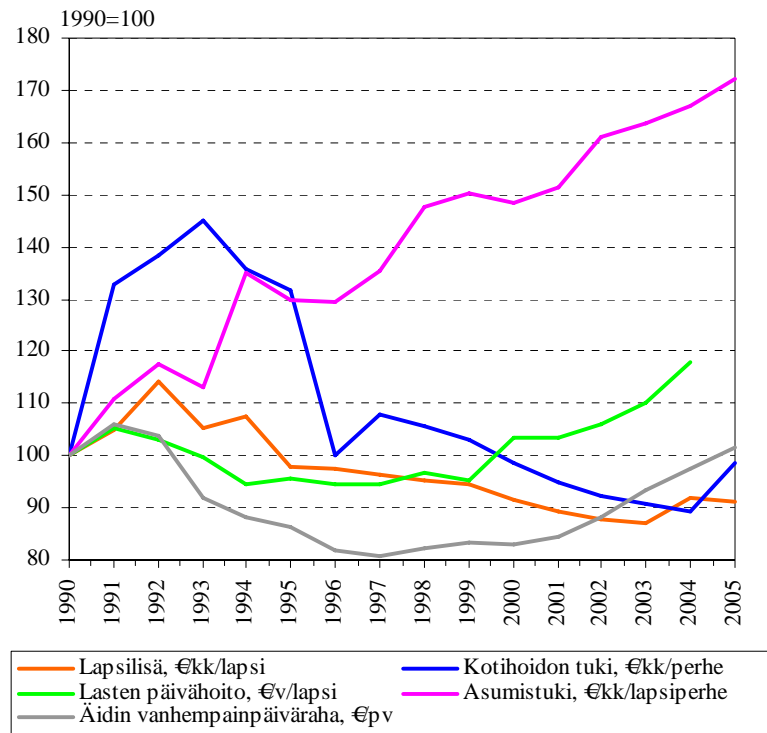


Lapsiperheille suunnattuja tulonsiirtoja ei ole sidottu indeksiin. Tämä on näkynyt varsinkin lapsilisän ja kotihoidon tuen ostovoiman heikkenemisenä. Perheen ensimmäisen lapsen lapsilisää sekä yksinhuoltajan lapsen lapsilisän korotusta nostettiin vuoden 2004 alussa. Korotus nosti keskimääräistä lasta kohti maksettavaa lapsilisää noin 6 euroa kuukaudessa. Eniten korotuksesta hyötyivät yksinhuoltajaperheet. Lapsilisän taso on edelleen noin 15 prosenttia alhaisempi kuin vuonna 1994, jolloin perhetukiuudistus toteutettiin.

Vuoden 2005 alussa vanhempainpäivärahan vähimmäistaso nousi 11,45 eurosta 15,20 euroon arkipäivää kohti eli noin 93 eurolla kuukaudessa. Keskimääräinen äitien vanhempainpäiväraha on noussut 4,8 prosenttia vuodesta 2004. Vuonna 2004 vähimmäismääräistä vanhempainpäivärahaa sai 19,9 prosenttia äideistä.

Merkittävä äitejä koskeva uudistus on, että peräkkäisten synnytysten vanhempainpäiväraha voidaan määritellä edellisen vanhempainpäivärahan perustana olleiden työtulojen mukaan. Uudistus tuli voimaan lokakuun alussa 2005. Kun vastaava uudistus toteutettiin Ruotsissa, syntyvyysluvut aluksi nousivat, mutta laskivat muutaman vuoden kuluessa. Suomessakin uudistuksen seurauksena esimerkiksi perheen toinen ja kolmas lapsi saattaa syntyä lyhyemmällä aikavälillä kuin aikaisemmin, mutta perheen kokonaislapsilukuun uudistuksella on vähän vaikutusta. Tämä uudistus saattaa parantaa myös vanhempainvapaalla olevien sijaisten asemaa. Määräaikaista työsuhdetta saattaa tulla pitempiä. Aikaisemmin monet äidit palasivat työmarkkinoille muutamaksi kuukaudeksi, jotta seuraavan raskauden vanhempainpäiväraha olisi vähimmäistasoa korkeampi.

Kuvio 49. Eräiden perhepoliittisten tukien reaalin kehitys 1990 – 2005



Lasten kotihoidon tuen hoitorahaa nostettiin 42 eurolla kuukaudessa vuoden 2005 alussa. Kotihoidon tuki on reaaliarvoltaan lähes samansuuruinen kuin vuoden 1997 uudistuksen jälkeen, mutta selvästi alhaisempi kuin 1990-luvun alkupuolella. Vanhempainrahakauden päättymisen jälkeen valtaosa lapsista (73 prosenttia) hoidetaan kotihoidon tuella. Yleensä kotihoidon tuen saajat palaavat työelämään ennen maksukauden päättymistä tai perheeseen syntyy uusi lapsi. Vain joka neljännelle kotihoidon tuen saajista maksetaan tukea siihen saakka kuin lapsi täyttää kolme vuotta. Vanhempainpäivärahan muutos peräkkäisten synnytysten yhteydessä saattaa pidentää kotihoidon tuen maksukautta.

Kunnat pyrkivät vähentämään kunnan järjestämän päivähoiton kysyntää maksamalla kotihoidon tukeen kuntakohtaisia lisiä. Joissakin pääkaupunkiseudun kunnissa maksetaan melko korkeita kuntalisää. Viime vuosina kotihoidon tuen kuntalisää maksavien kuntien määrä on vähentynyt. Kansaneläkelaitoksen kautta ainoastaan 19 kuntaa maksoi kotihoidon tuen kuntalisää syyskuussa 2005.

Lapsiperheiden toimeentulo

Työllisyyden paraneminen ja verotuksen keveneminen ovat parantaneet lapsiperheiden taloudellista asemaa. Myös lapsiperheiden tulonsiirtoja on korotettu. Myönteisestä kehityksestä huolimatta lapsiperheiden toimeentulon kehitys on jäänyt jälkeen muun väestön toimeentulon kehityksestä. Varsinkin yksinhuoltajien toimeentulo on laman jälkeen parantunut muita väestöryhmiä hitaammin. Pääasiallisin syy tähän on ollut yksinhuoltajien muita korkeampi työttömyys.

Köyhyysrajan alapuolella olevien lapsiperheiden määrä ei ole vähentynyt. Varsinkin monilapsisten perheiden köyhyys on lisääntynyt. Köyhyysrajan alapuolella oli 24 prosenttia yksinhuoltajaperheistä vuonna 2003. Kahden huoltajan perheistä köyhyysrajan alapuolella oli 9 prosenttia. Pienituloisiin kotitalouksiin kuului 132 000 lasta vuonna 2003. Noin 12 prosenttia kaikista alle 18-vuotiaista lapsista kuului köyhyysrajan alittaneisiin perheisiin.

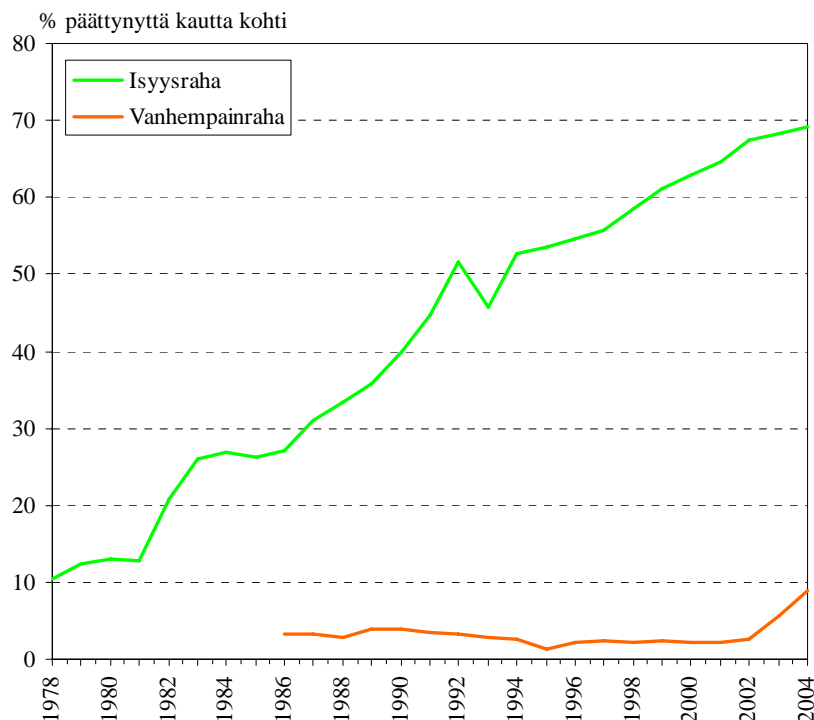
Suurella osalla köyhyysrajan alapuolella olevista yksinhuoltajista on pieniä lapsia. Yksinhuoltajaäitien työttömyys on huomattavasti yleisempää kuin muiden naisten, joilla on vastaavan ikäisiä lapsia. Yksinhuoltajanaisten työttömyys laman jälkeen ei ole laskenut yhtä nopeasti kuin muiden.

6.3 Vanhemmuuden tukeminen

Perhevapaat

Vanhempainvapaajärjestelmää kehittämällä on pyritty tukemaan perheen mahdollisuuksia sovittaa yhteen työ- ja perhe-elämä. Perhevapaiden käyttö keskittyy edelleen naisille, vaikka isien osuus on jatkuvasti lisääntynyt. Isistä 69 prosenttia käytti isyysvapaata vuonna 2004. Sen sijaan isien vanhempainvapaan käyttö on edelleen vähäistä. Vanhempainvapaan käyttö lisääntyi uuden ns. bonusvapaajärjestelmän ansiosta. Vuonna 2004 vanhempainvapaata käytti 8,8 prosenttia isistä. Jos ns. bonusvapaata ei laskettaisi mukaan, prosenttiosuus oli 3,6.

Kuvio 50. Isyys- ja vanhempainrahaa saaneet isät 1990 – 2004, % päättynyttä kautta kohti



Uuden bonusvapaan käyttö on jäänyt huomattavasti odotettua vähäisemmäksi, mikä osittain johtuu vapaan käytön ajoittamisesta vanhempainrahakauden loppuun. Isän oman vapaan käyttäminen tilanteessa, jossa äidillä on tarkoitus jäädä hoitovapaalle, saattaa aiheuttaa perheessä ongelmia. Isän oman perhevapaakuukauden käytön ajankohdan valinnan tulisi olla joustavampi, jolloin se kannustaisi enemmän isiä käyttämään sitä. ”Isäkuukausi” tulisi voida pitää myös vanhempainrahakauden päättymisen jälkeen.

Perhevapaakustannuksia tasaamalla kannustetaan isiä perhevapaiden käyttöön

Perhevapaalainsäädäntöä kehitettäessä tavoitteena on ollut, että molemmilla vanhemmilla on tasavertaiset mahdollisuudet osallistua lapsensa hoitoon. Kuitenkaan käytännössä isien perhevapaiden pitäminen on ollut melko vähäistä. Tosin lyhyiden isyysvapaiden pitäminen on ollut melko yleistä.

Perhevapaiden tasaisempi jakautuminen edellyttää myös asenteissa tapahtuvaa muutosta. Lasten hoitoa on perinteisesti pidetty naisille kuuluvana tehtävänä. Myös työpaikoilla isien perhevapaiden pitämiseen suhtautuminen ei ole ollut aina ongelmaton.

Naisten pitkien perhevapaiden käyttämisen on arveltu heikentävän myös naisten työmarkkina-asemaa. Myös nuorten naisten työsuhteiden määräaikaisuus saattaa johtua osittain siitä, että työnantajat pelkäävät nuorten naisten jäämistä pitkille perhevapaille.

Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelman mukaan perhevapaista aiheutuvia työnantajakustannuksia tasataan nykyistä enemmän. Työnantajille maksettavaa vuosilomapalkkojen korvaus nousi vuoden 2005 alussa. Nykyisin perhevapaiden käyttö ja perhevapaista aiheutuvat kustannukset jakautuvat epätasaisesti eri alojen työnantajien kesken. Myös työntekijöille aiheutuu kustannuksia perhevapaista, koska läheskään kaikki vapaat eivät ole palkallisia. Perhevapaita käyttävät pääasiassa äidit, mikä rasittaa naisvaltaisten alojen työnantajia. Perhevapaista aiheutuvia kustannuksia korvataan tällä hetkellä osittain. Korvausten määrä ei ole riittävä eivätkä kaikki työnantajat hae korvauksia. Työntekijöiden korvaukset perhevapailta vaihtelevat toimialoittain.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvityshenkilö on ehdottanut erillistä vanhempainvakuutusta, josta korvataan työnantajien kustannukset sekä maksetaan työntekijöiden vanhempainpäivärahat. Selvityshenkilö ehdotti myös vanhempainpäivärahojen korvaustason nostamista sekä vanhempainpäivärahatasojen porrastuksen poistamista sekä kompensatiota työnantajille sairaan lapsen hoitoajalta maksetuista palkoista. Kustannusten paremmaksi tasaamiseksi selvityshenkilö ehdotti uudistuksista aiheutuvien kustannusten jakamista yhteisvastuullisesti kaikkien työnantajien kesken. Tämä rahoitettaisiin uudella työnantajien vanhempainvakuutusmaksulla, jonka suuruus olisi noin 0,29 prosenttia.

Vanhempainpäivärahojen tason nostaminen kannustaisi isiä perhevapaiden käyttöön. Selvitysten mukaan yleisin syy, miksi isät eivät perhevapaita käytä, on taloudellinen. Päivärahan tason korottaminen helpottaisi mahdollisuuksia myös sopia äitiys- ja isyysvapaan palkallisuudesta työnantajien kesken. Jos isät käyttäisivät enemmän perhevapaita, se tasaisi myös kustannuksia mies- ja naisvaltaisten alojen välillä.

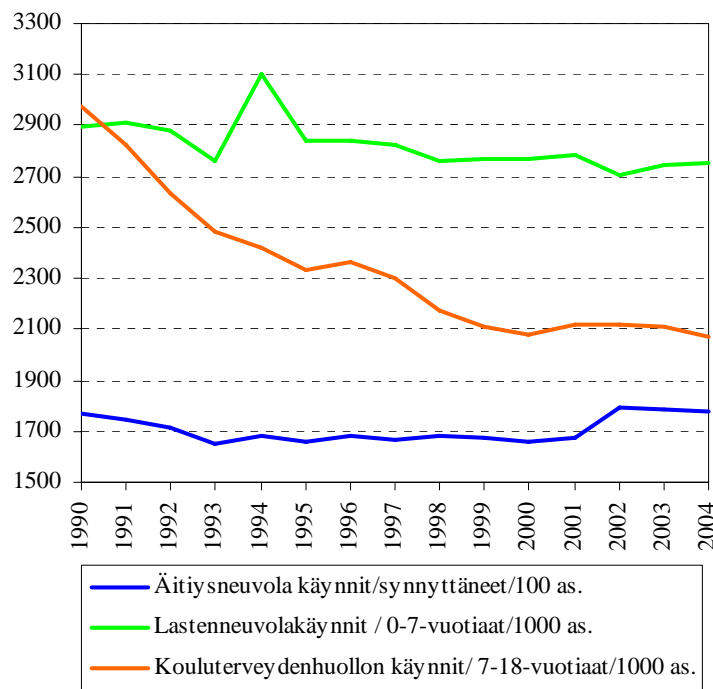
Monilla työpaikoilla maksetaan palkkaa sairaan lapsen hoitoajalta. Selvitysmiehen ehdotuksiin kuuluu kompensaation maksaminen työnantajille sairaan lapsen hoitoajalta maksetuista palkoista.

Vanhemmuuden tukeminen osana kunnan järjestämiä palveluja

Äitiys- ja lastenneuvolan tehtävänä on edistää lasta odottavien ja alle kouluikäisten lasten perheiden terveyttä ja hyvinvointia. 1990-luvulla äitiys- ja lastenneuvoloiden voimavaroja supistettiin, jolloin neuvolakäynnit vähenivät etenkin määrääikaistarkastusten ja kotikäyntien osalta. Vuonna 2004 vain kolmannes terveyskeskuksista toteutti imeväisten määrääikaistarkastukset suositusten mukaisesti. Joka kolmas vastasyntyneen perhe jäi ilman kotikäyntiä.

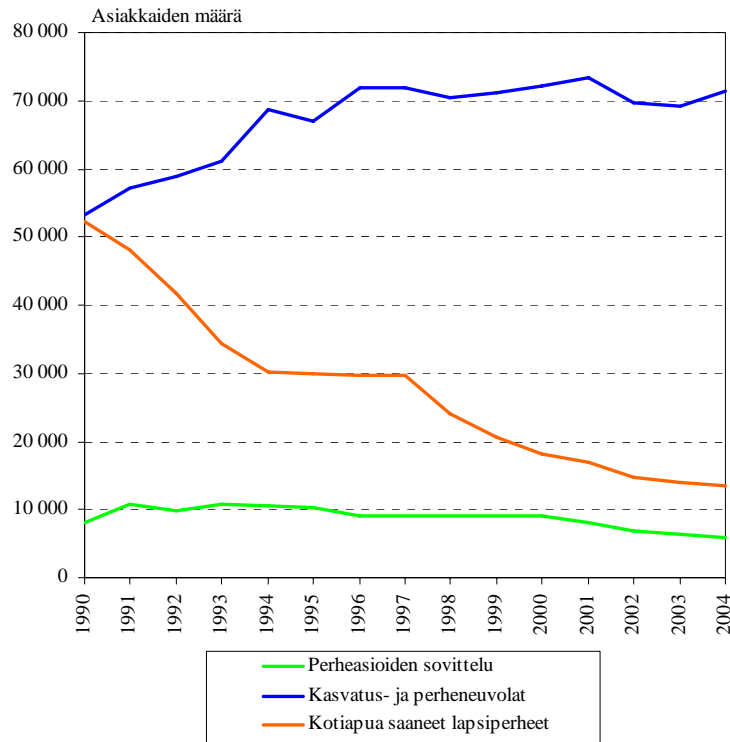
Uusi lastenneuvolaopas julkaistiin vuonna 2004 tukemaan kuntien ehkäisevää ja terveyttä edistävää työtä. Oppaan mukaan neuvolatyössä painotetaan yhä enemmän vanhemmuuden tukemista, perheen terveyttä edistäviä elintapoja sekä lapsen ja koko perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämistä. Erityistä tukea tarvitsevien perheiden varhainen tunnistaminen ja auttaminen on tärkeää myös terveyserojen kaventamisen näkökulmasta.

Kuvio 51. Äitiys-, lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon käynnit 1990 – 2004



Käynnit ovat vähentyneet etenkin kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhuollon järjestämisessä ja toimintatavoissa on ollut suuria kuntakohtaisia eroja. Kaikissa terveyskeskuksissa ei tällä hetkellä ole riittävästi terveydenhoitajia eikä lääkäreitä kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhuollon tavoitteena on koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja oppilaiden terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen yhteistyössä oppilaiden ja heidän vanhempinsa, opettajien ja oppilashuollon kanssa.

Kuvio 52. Lapsiperheiden erityispalvelut 1990 – 2004



Viime vuosina lapsiperheiden mahdollisuudet saada kunnan järjestämää kotipalvelua ovat heikentyneet huomattavasti. Kotipalvelua saaneiden perheiden määrä on laskenut 52 000:sta (vuosi 1990) 13 400:teen (vuosi 2004). Samaan aikaan kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakasmäärät ovat kasvaneet. Vuonna 2004 asiakaskäyntejä oli 71 300. Viime vuosina perheneuvoloiden henkilökuntaa on lisätty, mutta henkilökuntaa on liian vähän suhteessa asiakkaiden tarpeisiin.

Lastensuojelu

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on kasvanut jatkuvasti. Kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia ja nuoria oli 14 704 eli 1,1 prosenttia ikäluokasta vuonna 2004. Näistä lapsista 46 prosenttia oli laitoshoidossa ja 54 prosenttia perhehoidossa. Ammatilliset perhekodit on tilastoitu perhehoitoon. Huostaanotettuja lapsia ja nuoria oli 8 673. Suurin osa huostaan otetuista tehdään asianomaisten suostumuksella. Kuitenkin kiireellisillä päätöksellä ja vastoin tahtoa tehty huostaanotot ovat lisääntyneet. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen yleisempiä syitä ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat, jotka usein johtavat lapsen hoidon laiminlyöntiin tai perheväkivaltaan. Nykyään yhä useampi sijoitus perustuu lapsen oirehtimiseen, joka näkyy kouluvaikeutena, rikollisuutena tai huumeiden käyttönä.

Viime vuosina lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevien lasten määrä on lisääntynyt ja asiakkuus on tullut pitkäaikaiseksi. Vuonna 2004 avohuollon asiakkaana oli 59 912 lasta ja nuorta. Edellisvuodesta määrä oli kasvanut yli 3 500 lapsella.

Lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä on ollut voimassa maaliskuusta 1999 alkaen. Järjestelmän tarkoituksena on ollut tasata kuntien suuria lastensuojelukustannuksia. Tasausjärjestelmän rahoitukseen on osoitettu valtion budjetissa kiinteä määräraha, joka on 50 prosenttia lastensuojelun suurten kustannusten arvioidusta kokonaismäärästä. Syksyllä 2005 eduskunnan käsittelyssä on esitys, jonka mukaan suurten kustannusten tasausjärjestelmä korvattaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksissa uudella lastensuojelun tarvetta kuvaavalla lastensuojelukertoimella. Nykyinen järjestelmä on osoittautunut vaikeasti hallinnoitavaksi ja kustannuksiltaan vaikeasti ennakoitavaksi. Järjestelmä ei varsinkaan ole tukenut pienempien kuntien toimintaa.

6.4 Lasten kasvu- ja kehitysympäristö

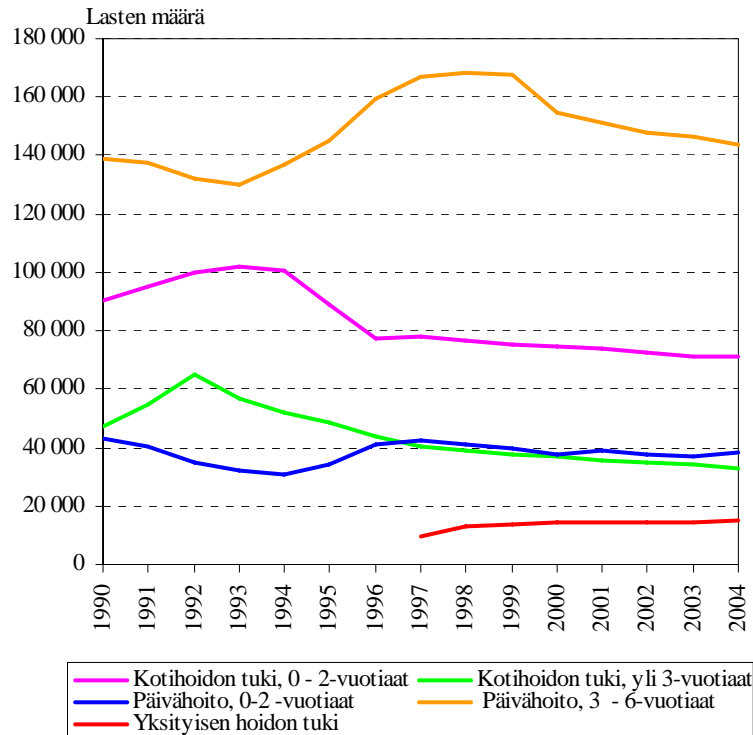
Turvallisen asuin-, kasvu- ja kehitysympäristön luominen lapselle on ollut yhtenä perhepolitiikan tavoitteena. Lasten kannalta avainasemassa ovat varhaiskasvatuksen ja peruskoulutuksen riittävät toimintaedellytykset.

Lasten päivähoito

Päivähoidossa olevien lasten määrä on viime vuosina vähentynyt alentuneen syntyvyyden sekä esiopetusuudistuksen seurauksena. Kunnan järjestämässä päivähoidossa oli 185 780 lasta vuonna 2004. Kotihoidon tuella hoidettujen lasten määrä on hieman laskenut. Yksityisen hoidon tuella hoidettujen lasten määrä on pysynyt viime vuosina varsin tasaisena. Lähes 15 000 lasta hoidettiin yksityisen hoidon tuella vuonna 2004. Yksityisen hoidon tuen kuntalisien määrä on lisääntynyt viime vuosina. Syyskuussa 2005 yksityisen hoidon tuen kuntalisää maksoi 67 kuntaa Kansaneläkelaitoksen kautta.

Alle kouluikäisten lasten päivähoitoa tarvitsevien lasten määrä ei tule olennaisesti muuttumaan seuraavien vuosien aikana. Sen sijaan koululaisten iltapäivähoidon tarve tulee lisääntymään.

Kuvio 53. Kunnan järjestämän päivähoidossa olevat lapset sekä kotihoidon tuella ja yksityisen hoidon tuella hoidetut lapset vuosina 1990 – 2004



Päivähoidon maksuja ehdotetaan uudistettavaksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittänyt toimikunta ehdotti päivähoidon enimmäismaksun korottamista 200 eurosta 250 euroon kuukaudessa ja ikäjärjestyksessä seuraavan lapsen 180 eurosta 200 euroon kuukaudessa. Toimikunta esitti vähimmäismaksusta luopumista, koska kunnat itse pystyvät parhaiten arvioimaan, milloin on tarkoituksenmukaista periä maksu. Kun kunnat itse voivat päättää milloin maksua ei peritä, tämä saattaa vaikuttaa päivähoidon käyttöön. Tällöin päivähoitopalvelujen ulkopuolelle saattavat jäädä ne lapset, jotka sitä kasvatuksellisista syistä tarvitsisivat. Uudistuksen seurauksena myös alueellinen eriarvoisuus voi lisääntyä.

Osa-aikahoidon ja vuorohoidon maksuja uudistettaisiin niin, että maksu määräytyisi käytetyn hoitoajan perusteella. Tämän oletetaan kannustavan perheitä käyttämään päivähoitoa joustavasti ja tarkoituksenmukaisesti perheen todellisen tarpeen ja lapsen edun mukaisesti. Uudistuksen seurauksena lasten päivähoidossa oloaika saattaa vähetä, kun päivähoidossa oloaika suhteutetaan hoidon todelliseen tarpeeseen. Jos samalla kuntien palvelurakenne monipuolistuu, saattaa tämä johtaa päivähoitopalvelujen kokonaismäärän vähenemiseen.

Päivähoitomaksun määräytymisessä käytettävä perhekäsite on osoittautunut tulkinnaaltaan epäselväksi. Toimikunta ehdottaa perhekäsitettä muutettavaksi niin, että maksua määrittäessä otettaisiin huomioon todellinen perhekoko. Perhekäsitteen muuttaminen tulisi alentamaan huomattavasti niiden yksinhuoltajien maksuja, joilla on lapsia enemmän kuin yksi. Myös monilapsiset kahden huoltajat perheet hyötyisivät uudistuksesta.

6.5 Työn ja perheen yhteensovittaminen – OECD:n suositukset

OECD julkisti keväällä 2005 raportin *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life*, jossa tarkastellaan Englannin, Kanadan, Ruotsin ja Suomen perhepolitiikkaa. OECD antoi suosituksia vanhempien ja lasten hyvinvoinnin turvaamiseksi: tavoitteena korkea työllisyys ja syntyvyys.

OECD kehotti Kanadaa ja Englantia luomaan enemmän ja edullisempia vaihtoehtoja työssäkäyvien vanhempien lasten hoitamiseksi, jotta vanhemmat voisivat sovittaa paremmin yhteen työhön ja perheeseen liittyvät vastuunsa. Toisaalta raportissa esitetään, että Suomen on tarpeen rajoittaa pitkien perhevapaiden käyttöä. Ruotsissa tasa-arvo erityisesti miesten osalta perhevapaajärjestelyissä on toteutunut Suomea paremmin.

Suomi ja Ruotsi aloittivat panostamisensa perheystävälliseen politiikkaan yli 30 vuotta sitten, kun taas Kanadassa ja Englannissa laajamittaiset toimet työn ja perhe-elämän yhteensovittamiseksi ovat paljon uudempaa perua. Suomessa ja Ruotsissa vanhempia tuetaan aina siihen asti kunnes heidän lapsensa ovat teini-ikäisiä: joustavat perhevapaat, edullinen ja korkeatasoinen lasten päivähoido sekä pienten lasten vanhempien mahdollisuudet lyhentää työaikaansa. Koska nämä ratkaisut ovat kalliita, Kanada ja Englanti ovat yleensä valinneet alhaisemman verotusasteen korkeampien sosiaalipalvelukustannusten sijasta. Tosin nämä maat ovat viime aikoina ryhtyneet laajentamaan vanhemmille antamia tukia. Suomessa ja Ruotsissa tehdyt selvitykset ovat osoittaneet, että pienten lasten vanhempien työssäkäynti laajentaa veropohjaa siten, että se peittää lasten päivähoidosta aiheutuvat kustannukset.

Kaikissa neljässä maassa työmarkkinat ovat naisille suotuisat: kolme neljästä 25 – 54-vuotiaasta naisesta on työssä, vaikkakin äitien työajoissa on merkittäviä eroja. Kanadassa, Suomessa ja Ruotsissa kokopäivätyö on normaali käytäntö, kun taas Englannissa naiset tekevät usein osa-aikatyötä. Kanadassa ja Suomessa äitien viikoittainen työaika on 38 – 40 tuntia, kun Ruotsissa noin puolella alle kouluikäisten lasten äideistä viikoittainen työaika on alle 35 tuntia viikossa. Naisten palkat ovat miesten palkkoja alhaisemmat kaikissa neljässä maassa. Ylempiin tuloluokkiin kuuluvien naisten ja miesten palkkaerot ovat suuremmat kaikissa neljässä maassa kuin OECD:n vastaava keskiarvo.

OECD:n raportin mukaan Suomessa työn ja perheen yhteensovittaminen sujuu monessa suhteessa hyvin. Naisten työllisyysaste, 66 prosenttia, ylittää selvästi OECD-maiden vastaavan keskiarvon 55 prosenttia. Erityisesti OECD kiinnitti huomiota siihen, että valtaosa naisista käy kokopäivätyössä. Muista maista poiketen tilastoissa alle kolmevuotiaiden lasten äitien työssäkäynti oli kuitenkin muita maita alhaisempi. Suomessa hoitovapaalla olevat henkilöt, joilla on voimassa oleva työsuhde, tilastoidaan työvoiman ulkopuolella oleviksi.

OECD kiinnitti huomiota, oli nuorien naisten määräaikaisten työsuhteiden yleisyyteen. Tämän takia tulisi kiinnittää huomiota uran ja äitiyden yhteensovittamiseen. Suomessa ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneiden naisten lapsettomuus on yleisempää kuin esimerkiksi Ruotsissa. Monet naiset saattavat kokea uran ja äitiyden yhteensovittamisen vaikeaksi. Jos naiset ovat liian kauan pois työelämästä heidän uramahdollisuutensa voi-

vat heiketä. Suomessa on suhteellisesti vähemmän naisia johtotehtävissä kuin esimerkiksi Kanadassa.

Suomen malli työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisessa nähtiin hyvänä kansainvälisessä vertailussa siksi, että se antaa pienten lasten vanhemmille mahdollisuuden valita eri vaihtoehtoista. Kaikilla alle kouluikäisillä lapsilla on mahdollisuus kunnan järjestämään päivähoitopaikkaan, mikä vähentää työllistymisen esteitä. Myös päivähoidosta perittävät maksut ovat varsin kohtuulliset. Lasten kotihoidon tuki tarjoaa taloudellista tukea niille perheille, jotka eivät käytä kunnan järjestämää päivähoitoa. Koska lasten päivähoiton järjestäminen on suhteellisen kallista, jotkut suurista kunnista maksavat kotihoidon tuen kuntalaisia, jotta vanhemmat eivät käyttäisi kunnan järjestämää päivähoitoa. Tämän seurauksena vanhempien valitessa työelämään osallistumisen ja kotona hoitamisen välillä taloudelliset kannustimet vaikuttavat niin, että vaaka kallistuu siihen suuntaan, että äidit jäävät kotiin hoitamaan lapsiaan. Suomessa kaksi vuotiaista lapsista 44 prosenttia oli päivähoidossa kodin ulkopuolella. Ruotsissa peräti 85 prosenttia kaksi vuotiaista oli päivähoidossa.

Raportissa todetaan, että Suomen väestökehityksen kannalta olisi erittäin tärkeää nostaa naistyövoiman tarjontaa lähitulevaisuudessa. Hallituksen politiikan tavoitteena on nostaa työllisyysaste 75 prosenttiin vuoteen 2010 mennessä. Tähän OECD:n arvion mukaan tarvittaisiin kotihoidon tuen uudistusta. Lisäksi koululaisten iltapäivähoitoa tulisi laajentaa ja pienten lasten vanhempien osa-aikatyön taloudellisia kannustimia vahvistaa.

OECD:n raportissa esitetään seuraavat suositukset työn ja perheen yhteensovittamisen edistämiseksi Suomessa:

- Päivähoitotakuu ja kotihoidon tuen maksaminen vanhemmille, jotka eivät käytä hyväkseen kunnan järjestämää päivähoitoa, lisäävät alle 3-vuotiaiden lasten vanhempien valinnan mahdollisuuksia. Kun otetaan huomioon kotihoidon tuen taso (jotkut kunnat maksavat lisätukea) ja kesto, ei ole kuitenkaan mikään ihme, että monet pienimpien lasten vanhemmista – tavallisesti äidit – eivät ole ansiotyössä. Tämä heikentää heidän uramahdollisuuksiaan tulevaisuudessa ja vaikeuttaa sukupuolten tasa-arvoa koskevien tavoitteiden saavuttamista. Lisäksi kotihoidon tukijärjestelmä on esteenä työvoiman tarjonnan kasvulle, samanaikaisesti kun ennusteiden mukaan työvoiman tarjonnasta on syytä olla huolissaan. Näistä syistä tulisi harkita mahdollisuutta uudistuksiin, joilla rajoitetaan etuuksien maksamista ja/tai niiden maksuaikaa.
- Lasten päivähoitojärjestelmän pitkän aikavälin rahoituksen turvaamiseksi tulisi mahdollisuuksien mukaan säilyttää perhepäivähoito päiväkotipalveluja edullisempana palveluna.
- Tulisi selvittää mahdollisuudet iltapäivähoito-oikeuden laajentamiseksi 9 – 10-vuotiaisiin koululaisiin.
- Tulisi edistää osapäivätyötä, uudistaa nykyistä osittaisen hoitorahan maksamista niin, että alle kouluikäisten lasten vanhemmilla olisi oikeus osapäivätyöhön kahden vuoden ajan sekä rahoittaa tänä aikana maksettavat etuudet nykyisellä rahoituksella.

OECD:n suositusten arviointia

Seuraavassa OECD:n suosituksia arvioidaan ja niille esitetään relevanttia taustatietoa kansallisen perhepolitiikan lähtökohdista.

Kotihoidon tuen alentaminen tai /ja maksuajan pituuden lyhentäminen

Lasten kotihoidon tuen käyttö aivan pienten lasten hoidossa heti vanhempainvapaan päättymisen jälkeen on ollut suosittua. Kuitenkin kotihoidon tuen maksukausi on jäänyt melko lyhyeksi. Joka neljäs kotihoidon tuen saajista palaa työelämään viimeistään kun lapsi on 1,5 vuotta vanha. Vain joka neljännelle kotihoidon tuen saajalle maksetaan tukea siihen asti, kun lapsi täyttää kolme vuotta. Hoitovapaan aikana henkilö säilyttää työsuhteensa ja hyvin moni palaa hoitovapaan jälkeen takaisin entiseen työpaikkaansa.

Muutamissa kunnissa maksetaan kotihoidon tuen kuntalisää, jonka suuruus vaihtelee suuresti kunnittain. Vain joka neljäs kotihoidon tukea saava asuu kunnassa, jossa maksetaan kuntalisää. Kotihoidon tuen taso on alhaisempi kuin monien muiden etuuksien, kuten esimerkiksi työmarkkinatuki. OECD on käyttänyt kotihoidon tukea koskeissa laskelmissaan korkeinta maksettavaa kuntalisää, joka on ollut käytössä ainoastaan kahdessa kunnassa.

Koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminnan laajentaminen 9 – 10-vuotiaisiin lapsiin

Syksyllä 2004 käynnistyi peruskoulun 1. ja 2. luokkalaisten aamu- ja iltapäivätoiminta. Järjestetyn toiminnan piirissä on ollut 38 prosenttia 1. ja 2 luokan oppilaista. Toiminnan tavoitteena on tukea kodin ja koulun kasvatustyötä osana varhaiskasvatusta. Toimintaan osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Iltapäivätoiminnan laajentaminen 9 -10 – vuotiaisiin lapsiin olisi kallis ratkaisu.

Alle kouluikäisten lasten vanhempien kannustaminen osa-aikatyöhön ja kahden vuoden ajalta maksettava osittainen hoitoraha

Suomalaiselle naiselle on tyypillistä olla kokopäivätyössä. Osa-aikatyötä tehdään suhteellisen vähän verrattuna muihin Länsi-Euroopan maihin. Toisin kuin muualla Euroopassa naisten osa-aikatyön tekeminen ei liity ensisijaisesti lasten hoitoon. Täällä osa-aikatyötä tehdään, kun kokoaikatyötä ei ole saatavissa tai opiskelun ohessa. Vaikka pienten lasten vanhemmilla on mahdollisuus lyhentää työaikaansa lasten hoidon vuoksi, sen käyttö on ollut vähäistä. Työn ja perheen yhteensovittaminen tulee helpommaksi, jos osa-aikatyö yleistyy molempien vanhempien kesken. Osa-aika työn tekeminen on myös perheelle taloudellinen kysymys.

Tällä hetkellä osittaista hoitorahaa maksetaan alle kolmevuotiaiden lasten vanhemmille sekä peruskoulun 1. ja 2. luokan oppilaiden vanhemmille. Osittaisen hoitorahan suuruus on 70 euroa kuukaudessa. Todennäköisesti yli kolmevuotiaiden lasten vanhemmilla osa-aikatyöhön osallistuminen lisääntyisi, jos siltä ajalta olisi mahdollisuus saada taloudellista tukea.

Perhepäivähoidon suosiminen

Viime vuosina perhepäivähoidon osuus lasten päivähoidossa on vähentynyt. Tällä hetkellä ongelmana on, että perhepäivähoitajat ikääntyvät ja nuorempia on ollut vaikeata saada houkutelluksi alalle. Kuitenkin hoitajan kodissa järjestettävä perhepäivähoito on monesti vanhempien toivoma hoitomuoto etenkin pienemmille lapsille. Hallitusohjelmassa on perhepäivähoidon saatavuuden lisääminen sekä perhepäivähoitajien aseman parantaminen.

VII Sukupuolten tasa-arvon edistäminen

Sukupuolten välisen tasa-arvon edistämisen vaikuttavuustavoitteet

- Naisten ja miesten palkkaerot kaventuvat
- Määräaikaiset palvelussuhteet vähenevät
- Naisyrittäjäyys lisääntyy
- Naisten osuus poliittisessa ja taloudellisessa päätöksenteossa kasvaa
- Naisiin kohdistuva väkivalta sekä prostituutio vähenevät
- Tasa-arvopoliittiset kysymykset arvioidaan myös miesnäkökulmasta
- Tasa-arvon valtavirtaistamisen menetelmä otetaan käyttöön valtionhallinnossa

Sukupuolten välistä tasa-arvoa edistävät toimenpiteet ovat pitkään painottuneet työelämään ja julkiseen sektoriin. Viimeisen kymmenen vuoden aikana uusina tasa-arvopolitiikan teemoina ovat nousseet esiin työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, perhevapaista aiheutuvien kustannusten epätasainen jakautuminen, naisiin kohdistuva väkivalta sekä miesten ja tasa-arvon suhde.

7.1 Tasa-arvon valtavirtaistaminen valtionhallinnossa

Keskeinen tavoite hallituksen tasa-arvopolitiikassa on sukupuolinäkökulman valtavirtaistaminen. Valtavirtaistaminen on hallinnollinen keino tasa-arvon edistämiseksi. Kaikissa ministeriöissä tehdään päätöksiä, joilla voi olla erilaisia vaikutuksia miehiin ja naisiin. Valtavirtaistamisen tavoitteena on kehittää sellaisia hallinto- ja toimintatapoja, jotka tukevat tasa-arvon edistämistä osana ministeriöiden ja viranomaisen toimintaa. Sukupuolinäkökulman valtavirtaistamisessa on kyse siitä, että virkamiehet arvioivat ja ottavat huomioon päätöksensä mahdollisesti erilaiset vaikutukset naisiin ja miehiin sekä pyrkivät toiminnallaan edistämään sukupuolten välistä tasa-arvoa.

Hallituksen tasa-arvotavoitteita toteutetaan hallituksen tasa-arvo-ohjelmalla. Hallituksen tasa-arvo-ohjelmaan 2004-2007 sisältyy lähes sata toimenpidettä: kaikille ministeriöille yhteisiä toimenpiteitä kuten sukupuolten välisen tasa-arvon valtavirtaistaminen ja ministeriöiden omia hallinnonalakohtaisia toimenpiteitä. Ohjelma sisältää lainsäädäntö-, koulutus- ja kehittämishankkeita.

Uudistettu tasa-arvolaki astui voimaan kesäkuussa 2005. Uudistettu laki vahvistaa laissa säädettyä tasa-arvon edistämisvelvoitetta ja syrjinnän poistamista. Laki täsmentää työpaikan tasa-arvosuunnittelua koskevia säännöksiä. Tasa-arvosuunnitelma tulee pakolliseksi yli 30 hengen yrityksissä ja siihen tulee sisällyttää muun muassa kartoitus miesten ja naisten palkoista ja palkkaeroista. Tasa-arvosuunnittelun laiminlyönteeseen työnantajaan voidaan jatkossa kohdistaa sanktioita.

Hallitus edistää valtavirtaistamista muun muassa kouluttamalla lainvalmisteluun osallistuvia virkamiehiä sukupuolivaikutusten arviointiin. Lisäksi järjestetään valtavirtaistamis- ja sukupuolivaikutusten arviointikoulutusta muille valtionhallinnon virkamiehille. Ministeriöt edistävät valtavirtaistamista oman hallinnonalansa sisällä. Ministeriöiden alaisten virastojen ja laitosten kanssa tehtäviin tulossopimuksiin sisällytetään tasa-arvoa edistäviä hankkeita ja tietotuotantoa.

Hallituksen tavoitteena on, että vuoden 2008 valtion talousarvio on valmisteltu uusin sukupuolinäkökulman huomioonottavin ohjein. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus teki sosiaali- ja terveysministeriön tilauksesta vuonna 2005 selvityksen sosiaali- ja terveysministeriön talousarvion sukupuolivaikutuksista. Tätä selvitystä käytetään työskentelyn pohjana.

Hallituksen esityksen laatimisoheissa on vuodesta 2004 lähtien mainittu sukupuolivaikutusten arviointi erillisenä vaikutustenarviointikohtana. Lainvalmistelussa tulee valmistelun alusta lähtien pohtia sitä, onko sukupuolella merkitystä valmisteltavalla alalla ja jos näin on, tulee sukupuolinäkökulma olla yhtenä näkökulmana mukana valmistelussa. Sukupuolinäkökulman huomioonottamisella voi olla suuria vaikutuksia siihen, millaisiksi hallituksen esitys muotoutuu. Hyvä esimerkki tästä on työturvallisuuslain uudistus, jonka valmistelun aikana työturvallisuuden käsite muuttui laajemmaksi ja paremmin nykyistä työelämää kattavaksi.

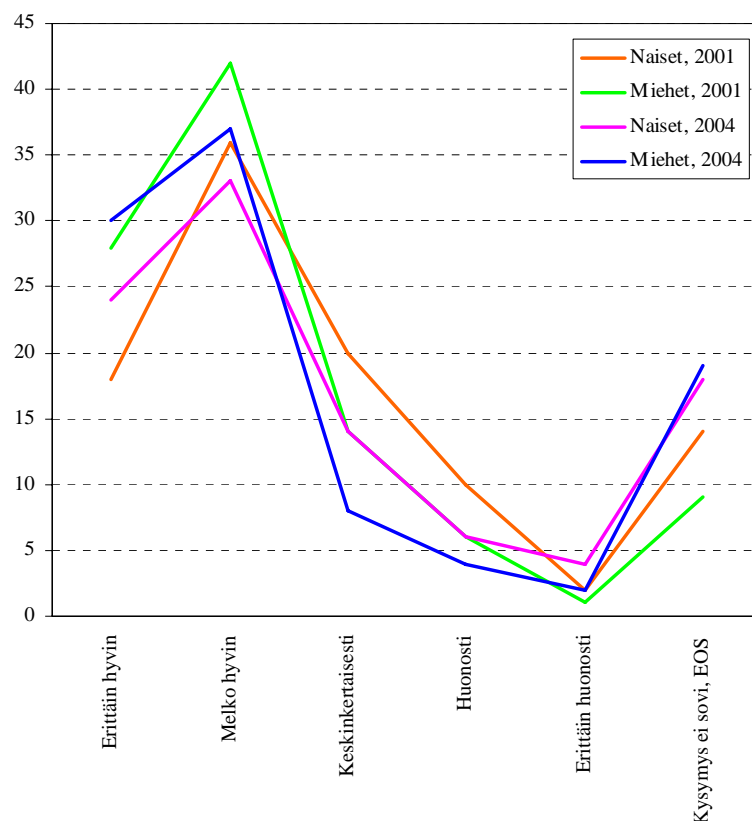
7.2 Naisten asema työelämässä ja määräaikaiset työsuhteet

Tasa-arvobarometrin tulosten mukaan tasa-arvo toteutettiin omalla työpaikalla melko tai erittäin hyvin. Naisten arviot eivät poikkea olennaisesti miehistä. Naiset kuitenkin kokiivat miehiä hieman useammin että sukupuolesta on haittaa palkkauksella, ammattitaidon arvostuksella, työuralla etenemisellä ja työpaineiden jakautumisella.

Määräaikaiset työsuhteet ovat julkisella sektorilla yleisempiä kuin yksityisellä sektorilla. Sekä naisten että miesten määräaikaisten työsuhteiden osuus laski hieman vuosina 1997 – 2004. Määräaikaisten työsuhteiden osuus supistui miehillä naisia ripeämmin, joten ero miesten ja naisten välillä kasvoi.

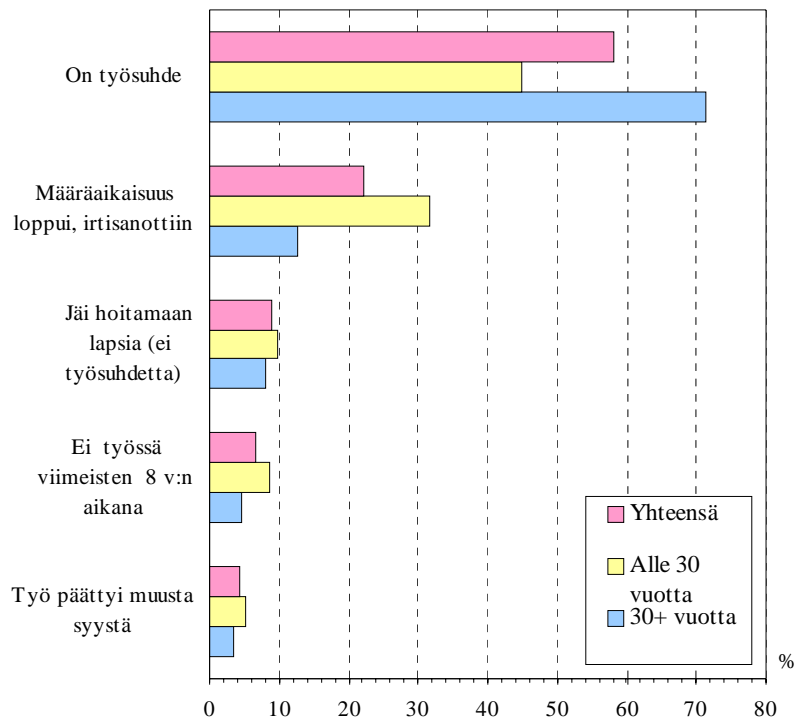
Naisten ja julkisen sektorin lisäksi määräaikaisuus on erityisesti nuorten ongelma. Vuonna 2004 puolet määräaikaisessa palvelussuhteessa olevista oli alle 30-vuotiaita. Sukupuolten väliset erot määräaikaisissa palvelussuhteissa ovat suurimmat nuorilla aikuisilla (25-34-vuotiaat).

Kuvio 54. Toteutuuko sukupuolten välinen tasa-arvo työpaikalla



Vuonna 2004 vain noin 60 prosentilla äitiys- tai vanhempainvapaalla olevista naisista oli voimassa oleva työsuhde. Hoitovapaalla olevista vielä harvemmalla eli alle puolella oli työpaikka, johon palata perhevapaalta. Noin viidenneksellä äitiys-, vanhempain- tai hoitovapaalla olevista äideistä työsuhde oli päättynyt määräaikaaisuuden tai irtisanomisen takia. Perhevapaajärjestelmä tukee tietyiltä osin (muun muassa oikeus äitiyslomajan palkallisuuteen ja loman kertymiseen, osittaiseen hoitovapaaseen töihin palatessa) parhaiten niitä, joilla on jatkuva työsuhde tai työsuhde, johon palata.

Kuvio 55. Äitiys- tai vanhempainvapaalla olevien naisten suhde työhön iän mukaan vuonna 2004



Lähde: Tilastokeskus, Työvoimatutkimus

Työministeriön asettama selvityshenkilö luovutti selvityksensä määräaikaisten palvelussuhteiden yleisyydestä, määräaikaisten työsuhteiden jakautumisesta naisten ja miesten kesken sekä määräaikaisten työsopimusten käytön ja sopimusten taustalla olevien perusteiden lainmukaisuudesta joulukuussa 2005.

Määräaikaisen työn havaittiin selvityksessä pysähtyneen paikoilleen siitä huolimatta, että lainsäädäntöä on tiukennettu määräaikaistensa käytön suhteen. Suurimmaksi ongelmaksi osoittautui määräaikaisten käyttö silloin, kun työnantajan toiminta on pysyvää tai työnantajalla on pysyvän työvoiman tarve. Toiseksi vuokratyössä on lainsäädännön aukko, mikä lisää vuokratyövoiman käyttöä suhdannepuskurina. Valvonta- ja oikeussuojakeinot ovat osoittautuneet hitaiksi ja tehottomiksi, mikä on osaltaan johtanut määräaikaisten laajaan käyttöön. Selvityshenkilö esittää työsopimuslain ja sen perustelujen täsmentämistä sekä uusia ja tehokkaita valvontakeinoja. Esitykset koskevat yhtä lailla yksityistä kuin julkista sektoria. Vuokratyön sääntelyä varten esitetään kolmikantaisen lainvalmisteluhankkeen käynnistämistä. Lisäksi on kehitettävä yhteistoimintamenettelyjä ja työvoiman käyttöön liittyviä neuvotteluvoimakeuksia. Ehdotuskokonaisuuteen sisältyy lisäksi henkilöstöpolitiikkaan ja paikalliseen sopimiseen liittyviä suosituksia, tasa-arvoon liittyviä kannanottoja sekä ehdotuksia tutkimus- ja selvityshankkeiksi.

Valtiovarainministeriö on antanut ministeriöille, virastoille ja laitoksille valtion määräaikaisten palvelussuhteita koskevat ohjeet. Käytettyjen määräaikaisten palvelussuhteiden perusteita tarkastellaan ja ryhdytään toimenpiteisiin, jotta määräaikaisten palvelussuhteet vähenevät ja niitä käytetään vain perustellusta syystä. Määräaikaisten palvelussuhteiden määrää seurataan. Myös kunnallinen työmarkkinalaitos on antanut ohjeet määräaikaisten toimien vähentämisestä.

Hallitus on parantanut määräaikaisten työntekijöiden asemaa päivärahojen määräytymisessä lakimuutoksella (HE 164/2004), joka astui voimaan tammikuussa 2005. Uudistuksen jälkeen vanhempainpäiväraha lasketaan edellisen etuuden työtulojen perusteella niissä tapauksissa, joissa lasten ikäero on korkeintaan kolme vuotta eikä ansiotuloja tältä ajalta ole. Lisäksi ansiopäivärahaan oikeuttaa jo kuukauden mittainen työskentely jos työssäkäynti ilman työkyvyttömyyden tai vanhempainrahoioikeuden alkamista olisi jatkunut.

Miesten ja naisten palkkaerot perustuvat pääasiassa työmarkkinoiden rakenteellisiin tekijöihin - samantyyppisessä työssä palkkaerot ovat pieniä. Säännöllisen työajan keskiansioista laskettu suhteellinen palkkaero on pitkään pysytellyt noin 80 – 82 prosentissa. Yksityisellä sektorilla suhteellinen palkkaero on kaventunut 1990-luvun alusta lähtien, kun taas valtiosektorilla suhteellinen ero on kasvanut.

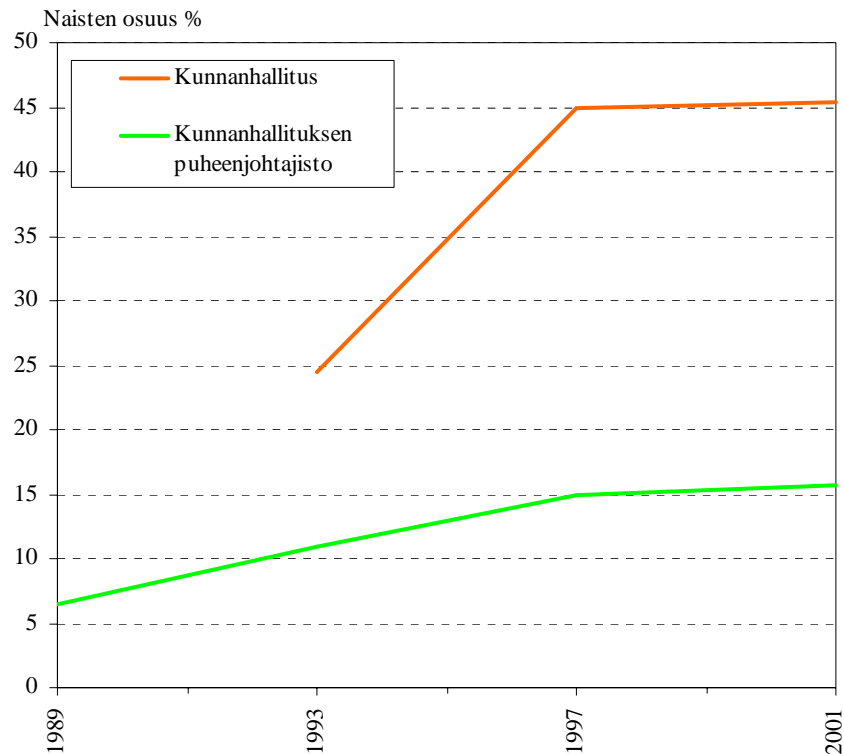
Palkkaerojen kaventaminen on yksi hallituksen tavoitteista työelämän kehittämisessä tasa-arvoisemmaksi. Palkkatasa-arvoon pyritään vaikuttamaan myös uudistetulla tasa-arvolailla, joka muun muassa vaatii että työpaikkakohtaisten tasa-arvosuunnitelmin osaksi on sisällytettävä palkkakartoitus. Eräs mahdollinen keino edistää naisten ja miesten samapalkkaisuutta on uusiin kannustaviin palkkausjärjestelmiin siirtyminen.

7.3 Naisten osuus poliittisessa ja taloudellisessa päätöksenteossa

Naiset ja kunnallinen päätöksenteko

Vuonna 1995 lakia naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta uudistettiin siten, että kunnallisissa toimielimissä kunnanvaltuustoja lukuun ottamatta tulee olla sekä naisia että miehiä kumpiakin vähintään 40 prosenttia. Kunnanhallitus on yksi keskeisistä alueellisen päätöksenteon foorumeista.

Kuvio 56. Naisten osuus kunnanhallitusten jäsenistä ja puheenjohtajista



Lähde: Kuntaliitto

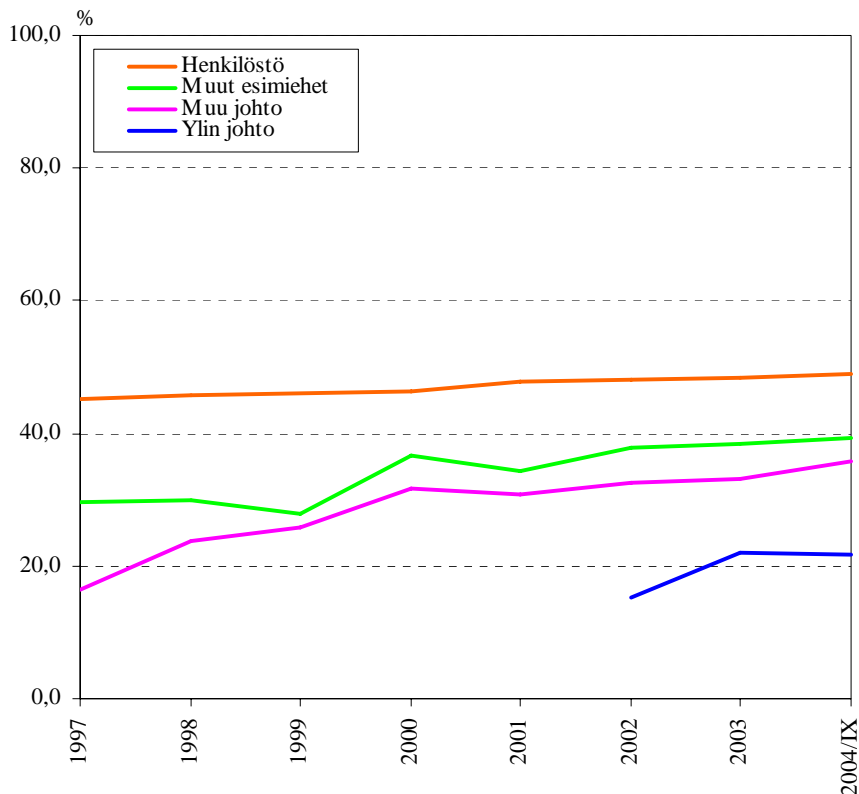
Kaikissa kunnanhallituksissa jäsenten sukupuolijakauma on nykyisin tasa-arvolain kiintiösäännöksen mukainen. Vuonna 1993 kunnanhallitusten jäsenistä naisia oli vain 24,5 prosenttia. Naisten osuus kunnanhallituksen puheenjohtajista ja varapuheenjohtajista on myös noussut selkeästi tarkastellun ajanjakson aikana.

Naisten osuus vaaleilla valittujen kunnanvaltuustojen jäsenistöstä on myös noussut hiljalleen 1990-luvun aikana. Kunnittain naisten osuus vaihtelee viidestä kuuteenkymmeneen prosenttiin ja maakunnittain 27:stä 42:en prosenttiin. Vuonna 2001 kunnanvaltuustojen puheenjohtajistosta naisia oli 23 prosenttia. Valtakunnallisesti naisten edustus ei vastaa kuntalaisten sukupuolijakaumaa. Tällä hallituskaudella hallitus kannustaa poliittisia ryhmiä ja elimiä lisäämään naisten osuutta ehdokkaista.

Naiset valtionhallinnon johdossa

Valtionhallinnon ylimmän johdon sukupuolijakaumaa on seurattu vuodesta 2002 ja ylä- ja keskijohdon sukupuolijakaumaa vuodesta 1997 alkaen. Naisten osuus valtion ylimmästä johdosta, johon ajankohdasta riippuen kuuluu hieman alle 200 henkilöä, on kasvanut huomattavasti vuoden sisällä. Myös naisten osuus valtionhallinnon ylä- ja keskijohdosta on kasvanut merkittävästi, mutta ei edelleenkään ole lähelläkään naisten osuutta valtion työntekijöistä. Nykyisistä johtajista arvioidaan vuonna 2011 olevan palveluksessa enää 20 prosenttia. Tämä saattaa helpottaa naisten määrän lisääntymistä johtotehtävissä.

Kuvio 57. Naisten osuus valtionhallinnon johtoon ja henkilöstöön kuuluvista vuosina 1997- 9/2004



Ylimpään johtoon luetaan valtiosihteerit, kansliapäälliköt, alivaltiosihteerit, osastopäälliköt ja vastaavat sekä virastojen ylin johto eli virastopäällikön asemassa olevat henkilöt. Johtoon kuuluvat virastojen ja laitosten johtajat ylä- ja keskitasolla sekä tulosityksiköiden ja vastaavien vastuuyksiköiden johtajat. Luokkaan ”muut esimiehet” kuuluvat sellaiset toimenkuvat, joissa työnjohtamisen ja esimiestehtävien osuus työajasta on yli puolet.

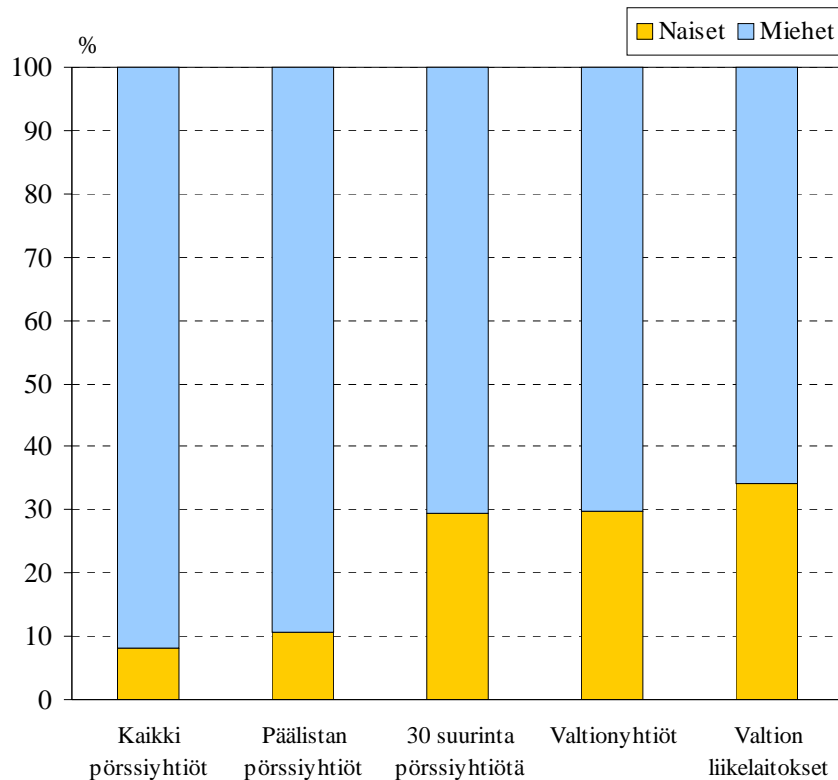
Lähde: Valtiovarainministeriö.

Valtiovarainministeriön alainen työryhmä jätti muistionsa naisten sijoittumisesta valtionhallinnon johtotehtäviin maaliskuussa 2004. Ministeriö viestittää hallinnolle suosituksin ja esimerkein toimenpiteistä, joilla voidaan lisätä naishakijoiden määrää avoimiin virkoihin.

Naiset ja taloudellinen päätöksenteko

Naisten osuus yhtiöiden hallituksissa on suurin valtion liikelaitoksissa, hieman pienempi valtionyhtiöissä ja selvästi pienempi pörssiyhtiöissä. Suurten pörssiyhtiöiden hallituksissa naisten osuus on kuitenkin selvästi suurempi kuin pienten pörssiyhtiöiden hallituksissa. Kolmenkymmenen suurimman pörssiyhtiön hallituksissa naisten osuus on lähes sama kuin valtionyhtiöissä.

Kuvio 58. Valtion liikelaitosten, valtionyhtiöiden ja pörssiyhtiöiden hallitusten sukupuolijakauma. Tilanne heinäkuussa 2004



Lähde: Yhtiöiden verkkosivut. Kauppalehti kaikkien pörssiyhtiöiden osalta.

Hallitusten puheenjohtajien ja varapuheenjohtajien sukupuolijakauma on epätasaisempi. Vain yhden yhtiön puheenjohtaja on nainen. Valtion liikelaitosten varapuheenjohtajat ovat kaikki miehiä, valtionyhtiöiden varapuheenjohtajista naisia on noin 16 prosenttia. Pörssiyhtiöiden varapuheenjohtajista naisia on vain kolme prosenttia.

Hallitus sitoutui lisäämään naisten osuutta niiden yhtiöiden hallituksissa, joissa valtiolla on omistusosuuksia. Tavoite sisältyy hallituksen tasa-arvo-ohjelmaan. Ohjelmaa naisten määrän lisäämiseksi valtionyhtiöiden ja valtion osakkuusyhtiöiden hallituksissa on jatkettu vuonna 2005. Sopivien ehdokkaiden etsiminen on ollut sen ministeriöin vastuulla, jolle kyseisen yrityksen omistajaohjaus kuuluu. Kevään 2005 yhtiökokousten jälkeen voidaan todeta, miten tavoite on toteutettu.

1. Valtion kokonaan omistamien yhtiöiden hallituksissa tavoite on saavutettu, eli naisten osuus valtion nimeämistä jäsenistä on 40 prosenttia. Tosin osuus vaihtelee ministeriöittäin tarkasteltuna 20-50 prosentin välillä.
2. Tavoite on toteutettu myöskin niissä yhtiöissä, joissa valtio on enemmistössä ja jotka eivät ole pörssiyhtiöitä. Naisten osuus valtion nimeämistä jäsenistä on 42 prosenttia. Näissäkin yrityksissä osuus vaihtelee ministeriöittäin tarkasteltuna 29-55 prosentin välillä.
3. Yhtiöissä, joissa valtio on vähemmistössä ja jotka eivät ole pörssiyhtiöitä, on naisten osuus valtion nimeämistä jäsenistä 35 prosenttia (eli tavoitteeseen pääs-

tään kun yhdelle hallituspaikalle vaihdetaan nainen miehen tilalle. Osuudet ministeriöittäin tarkasteltuna vaihtelevat tässäkin 25-100 prosentin välillä.

4. Pörssiyhtiöissä, joissa valtio on enemmistössä tai tosiasiallisen määräysvallan käyttäjä, naisten osuus valtion nimeämistä jäsenistä 39 prosenttia eli tavoite päästä lähelle 40 prosentin osuutta on saavutettu (osuus ministeriöittäin tarkasteltuna vaihtelee 33-39 prosentin välillä).
5. Pörssiyhtiöissä, joissa valtiolla ei ole tosiasiallista määräysvaltaa, naisten osuus valtion nimeämistä jäsenistä on 48 prosenttia eli on saavutettu tavoite jonka mukaan valtio pyrkii nimeämään omat ehdokkaansa hallituksiin tasa-arvotavoitteita toteuttavalla tavalla (osuus ministeriöittäin tarkasteltuna vaihtelee 33-55 prosentin välillä.)

Hallitus sitoutui myös kannustamaan eduskuntaryhmiä asettamaan sekä nais- että miesehdokkaan nimetessään ehdokkaitaan hallintoneuvostojen jäseniksi. Hallintoneuvostoissa naisten osuus jäsenistä oli 29 prosenttia keväällä 2005. Naisten osuus on laskettu kokonaismäärästä koska kaikilta osin ei ole tietoa siitä, mikä osuus jäsenistä on valittu valtion ehdotuksesta. Yleisesti ottaen voidaan kuitenkin todeta että naisia on nimitetty hallintoneuvostoihin vähemmän kuin yritysten hallituksiin, joita koskevaa ohjelmaa on toteutettu jo kolme vuotta.

7.4 Tasa-arvopolitiikan arviointi miesnäkökulmasta

Miesten ja tasa-arvon suhteen tarkastelu on tasa-arvopolitiikalle verrattain uusi tema. Toistaiseksi miehiä ja tasa-arvoa on käsitelty tasa-arvopolitiikassa erilliskysymyksenä. Tavoitteena on sisällyttää miesnäkökulma osaksi kaikkea tasa-arvopolitiikkaa.

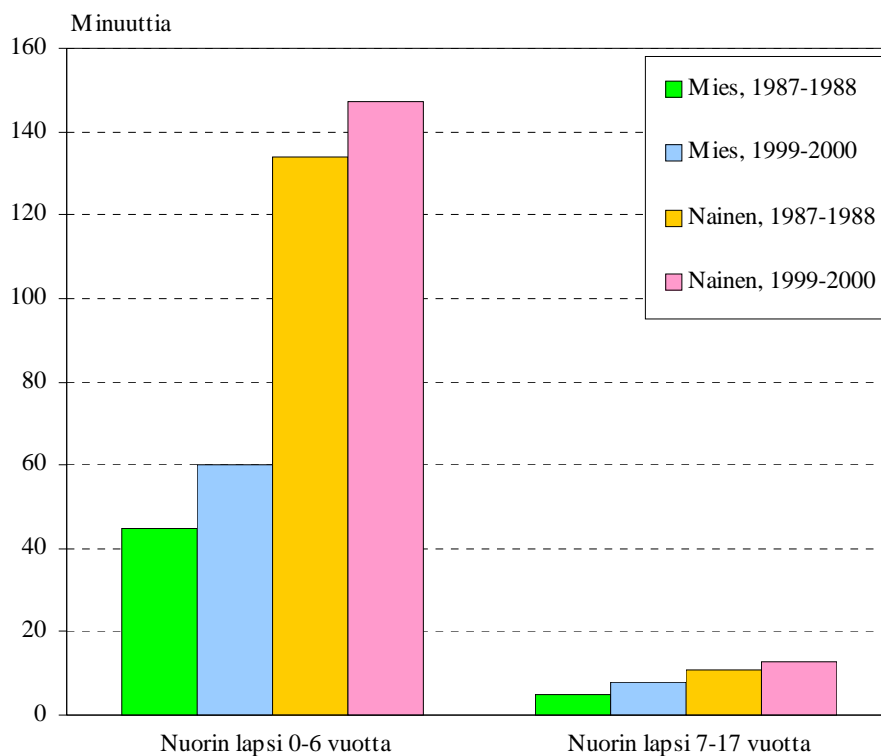
Perinteisesti tasa-arvopolitiikassa miesnäkökulma on yhdistetty vanhemmuuteen sekä työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen. Tyypillinen miehiin ja tasa-arvoon liittyvä tunnusluku on isien perhevapaiden käyttöaste. Perhevapaiden käytön on havaittu olevan yhteydessä aktiivisen isyyden kanssa. Isien osallistumisen lastenkasvatukseen ja kotitöihin katsotaan parantavan isien elämänlaatua lähentämällä heitä perheisiinsä. Samalla se parantaa heidän kumppaniensa elämänlaatua helpottamalla työn ja perhe-elämän yhteensovittamista.

Miesten osallistuminen kotitöihin

Kotitöiden tasainen jakautuminen sukupuolten kesken vahvistaa miesten asemaa perheessä ja lisää naisten tasa-arvoisia mahdollisuuksia osallistua työelämään. Isien lasten hoitoon käyttämä aika lisääntyi 1990-luvulla. Erityisesti pienten lasten hoito on kuitenkin edelleen naisten vastuulla (kuvio 60).

Kuvio 59. Lastenhoitoon keskimäärin vuorokaudessa käytetty aika sukupuolen ja nuorimman lapsen iän mukaan vuosina 1987-1988 ja 1999-2000

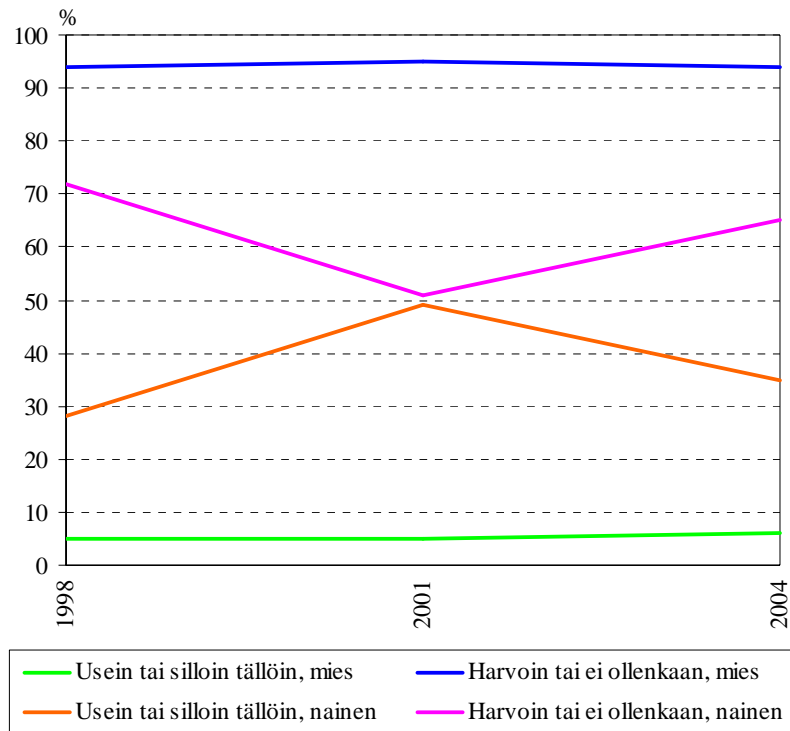
Kahden huoltajan lapsiperheet



Lähde: Tilastokeskus. Niemi & Pääkkönen 2001.

Myös kotityöt kokonaisuudessaan jakautuvat epätasaisesti miesten ja naisten kesken. Eri-tyisen epätasaisesti kotityöt jakautuvat perheissä, joissa on alle kouluikäisiä lapsia. Näissä perheissä naiset käyttivät kotitöihin kaksi kertaa niin paljon aikaa kuin miehet (1999-2000). Miesten kotitöihin käyttämä aika on kymmenessä vuodessa kuitenkin lisääntynyt merkittävästi. Perheissä, joissa oli alle kouluikäisiä lapsia, miesten kotitöihin käyttämä aika lisääntyi yli viidenneksen. Naisten kotitöihin käyttämä aika pysyi samalla ajanjaksolla lähes ennallaan.

Kuvio 60. Lapsiperheen vanhempien kokemus liiasta vastuusta kotitöissä



Lähde: Tasa-arvobarometri 2004

Kotitöiden epätasainen jakautuminen näkyy myös lapsiperheiden vanhempien kokemuksissa kotitöiden jakautumisesta. Tasa-arvobarometrin mukaan vain pieni osa isistä kokee olevansa liikaa vastuussa kotitöistä. Sen sijaan lähes joka viides äiti koki usein olevansa liikaa vastuussa kotitöistä. Ainakin joskus liiallista vastuuta kotitöistä koki puolet lapsiperheiden äideistä. Kotitöiden jakautuminen saattaa osittain heijastaa myös sukupuolten erilaisia arvostuksia. Myös yksin asuvat naiset käyttävät kotitöihin enemmän aikaa kuin yksin asuvat miehet.

Lähteet

Aaltonen, J. , Järviö, M-L., Luoma, K., Rätty, T. :Terveyskeskusten tuottavuuden ja tehokkuuserojen kehitys vuosina 1988-2002. VATT -keskustelualoitteita 354, 2004
Alkoholiohjelma 2004-2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2004:7.

Arjona, Roman, Ladaïque, Maxime and Pearson, Mark (2001): Growth, Inequality and Social Protection. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 51

Aromaa, Kauko & Heiskanen, Markku (2000). Väki- ja rikollisuus. Teoksessa Heiskanen, Markku & Aromaa, Kauko & Niemi, Hannu & Sirén, Reino (toim.) Tapaturmat, väkivalta, rikollisuuden pelko. Väestöhaastattelujen tuloksia vuosilta 1980-1997. Tilastokeskus. Oikeus 2000:1. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 171.

Aronen, Kauko, Järviö, Maija-Liisa, Luoma, Kalevi ja Rätty, Tarmo: Yhteistyöllä ja kilpaillen. Peruspalvelut 2000-raportti. VATT-julkaisuja 31. Helsinki 2001.

Atkinson, A.B. Sosiaaliturvan tulevaisuus yhdistyvässä Euroopassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 44/2005. Kela. Edita Prima Oy 2005.

Barr Nicholas: The Welfare State as Piggy Bank. Information, Risk , Uncertainty and the Role of State. Oxford University Press 2001.

Barr, N. The Economics of the Welfare State. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press 1993.

Berwick, Donald M. Measuring NHS productivity. How much health for the pound, not how many events for the pound. BMJ volume 330 (30 April 2005)

Carone, Giuseppe, Salomäki, Aino, Immervoll, Herwig ja Paturot, Dominique: Indicators of unemployment and low-wage traps (marginal effective tax rates on labour). European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Economic Papers, No. 197 December 2003.

Controlling health care expenditures: some recent experiences with reform. Euroopan Komissio, ECFIN/157/04. Bryssel 2004.

Docteur, Elizabeth ja Oxley, Howard: Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Economics Department Working Papers No. 374. Pariisi 2003.

Economic Policy Committee: The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme, Brussels, 22 October 2003 EPC/ECFIN/435/03 final.

Eläkemaksutaso eräissä EU-maissa. Toim. Jarna Bach, Sini Laitinen-Kuikka, Mika Vidlund. Intergroupin katsauksia 7/2003, Eläketurvakeskus

Färkkilä, Niilo (2005): Selvitys päivähoitomaksuista eräissä maissa. Lasten päivähoidon maksuja koskevan lainsäädännön uudistamistarvetta selvittävän alajaoston raportti. Liite 2

Haataja, A. Pohjoismaiset vanhempainvapaat kahden lasta hoitavan vanhemman tukena. Janus 12:2004. s. 24 – 48.

Hakola, Tuulia ja Uusitalo, Roope (2005): Eläkevakuutusmaksujen vaikutus rekrytointeihin ja irtisanomisiin. Eläketurvakeskuksen raportteja 2005:2.

Hämäläinen, U. Nuorten tulojen ja toimeentulon palapeli. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2004:1. Palkansaajien tutkimuslaitoksen tutkimuksia 92. Helsinki.

Heiskanen, Markku & Piispa, Minna (1998). Usko, toivo, hakkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskus ja tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Oikeus 1998:12. Sukupuolten tasa-arvo.

Heiskanen, Markku & Sirén, Reino & Aromaa, Kauko (2004). Suomalaisten turvallisuus 2003. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos tutkimustiedonantoja 58. Poliisiammattikorkeakoulun tiedotteita. Helsinki 2004.

Helakorpi Satu, Patja Kristiina, Prättälä Ritva, Aro Arja R., Uutela Antti: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13/2004.

Ikäohjelman monet kasvot. Kansallisen ikäohjelman 1998-2002 loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:3.

Ilmarinen (2005): Suurtyönantajan työeläkemaksu.

Ilmarinen, Juhani: Ikääntyvä työntekijä Suomessa ja Euroopan unionissa - Tilannekatsaus sekä työkyvyn, työllistävyyden ja työllisyyden parantaminen. TTL, STM, TM. Helsinki. 1999

Järvelin, Jutta: Health Care Systems in Transition, Finland. European Observatory on Health Care Systems. Vol. 4, No. 1, 2002.

Jones, Charles: Why Have Health Care Expenditures as a Share of GDP Risen so Much. NBER Working Papers 9325, 2002.

Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittäneen työryhmä 2003:n muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiota 2003:14.

Kansanterveys 4/2005. Teema: Huumeet.

Kansanterveys 8/2005. Ikääntyvien kaatumistapaturmat.

Kauppinen, Sari ja Niskanen, Tapani: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes- raportteja 288. Saarijärvi, 2005.

Kauppinen, Sari ja Niskanen, Tapani: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes- raportteja 274. Saarijärvi 2003.

Käytä isyysvapaasi! Isyysvapaakampanja 2002 – 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2003:16. Helsinki.

Korkeamäki, Ossi ja Uusitalo, Roope (2005): Sosiaaliturvamaksukokeilun vaikutus työllisyyteen. Arviointiprojektin raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita. Helsinki 2005

Koskela, Erkki ja Uusitalo, Roope (2003): Kuinka Suomen työttömyys saavutti eurooppalaisen tason. Teoksessa: Parempi työllisyys - kuinka se tehdään? Toim. Heikki Räisänen. VATT julkaisuja 35.

Koskela, Erkki, Pirttilä, Jukka ja Uusitalo, Roope (2004): Verotuksen vaikutus työllisyyteen. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 13/2004.

Koskela, Erkki, Pirttilä, Jukka ja Uusitalo, Roope (2004): Verotuksen vaikutus työllisyyteen. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 13/2004.

Koskinen Seppo, Gould Raija, Helakorpi Satu, Hytti Helka, Kauppinen Timo, Vuori Mika: Toteutuvatko Terveys 2015 –ohjelman tavoitteet. Hyvinvointikatsaus 2/2003.

Koskinen Seppo, Gould Raija, Helakorpi Satu, Hytti Helka, Kauppinen Timo, Vuori Mika: Toteutuvatko Terveys 2015 –ohjelman tavoitteet. Hyvinvointikatsaus 2/2003.

Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:23

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2004:14. Helsinki.

Martelin Tuija, Koskinen Seppo, Sainio Päivi, Sulander Tommi: Eroja iäkkäiden toimintakyvyssä. Kansanterveys 1/2004.

Mustonen, Esko ja Viitamäki, Heikki: Työmarkkinatueltä ansiotyöhön: vaikutukset valtion ja kuntien tuloihin ja menoihin. VATT-muistiota 65. Valtion taloudellisen tutkimuskeskus 2004.

Nickell Stephen, Nunziata Luca and Ochel Wolfgang: Unemployment in the OECD Since the 1960s. What Do We Know? The Economic Journal Volume 115 Issue 500. Royal Economic Society 2005.

Nickell, Stephen: Employment and Taxes. CEP Discussion Paper No 634. May 2004

Niemi, Iris & Pääkkönen, Hannu. Ajankäytön muutokset 1990-luvulla. Tilastokeskus. Kulttuuri ja viestintä 2001:6.

Nordic Social-Statistical Committee. Nordic/Baltic Social Protection Statistics 2000. Scope, Expenditure and Financing. No. 19:03. Copenhagen 2003. NOSOSCO OECD: Towards High-Performing Health Systems, 2004

OECD: Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life – Canada, Finland, Sweden and the UK, 2005

OECD: Ageing and Employment Policies - Finland. Paris 2004.

OECD: Employment Outlook Towards More and Better Jobs. OECD 2003

OECD: OECD Economic Surveys: Finland - Volume 2004 Issue 14. Paris 2004

Osaamisen ja täystyöllisyyden Suomi. Työvoima 2020 loppuraportti. Työministeriö, Helsinki 2003.

Pääkkönen, H., Niemi, I. Suomalainen arki. Ajankäyttö vuosituhannen vaihteessa. Tilastokeskus. Kulttuuri ja viestintä 2002:2. Helsinki.

Parkkinen, Pekka: Hoiva- ja hoitopalvelumenot tulevaisuudessa. VTT-keskustelualoitteita 326. Helsinki 2004.

Parpo, Antti: Kannustavuutta tulonsiirtojärjestelmään. Tulonsiirtojärjestelmän muutokset, kannustinloukut ja tulonjako. Stakes. Tutkimuksia 140, 2004.

Perhepoliittinen strategia. Linjauksia ja taustoja perhepolitiikan kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003.

Peruspalveluohjelma 2005-2008. Peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministerityöryhmä. 18.3.2004

Puonti, A., Saarnio, T., Hujala, A. (toim.) Lastensuojelu tänään. Jyväskylä. 2004.

Puska Pekka: Ennaltaehkäisevän työn vaikuttavuus ja merkitys. Sosiaali- ja terveydenhuollon aluehallintopäivät 28.9.2005.

Pyyhtiä, Ilmo: Työllisyyden kehitykseen vaikuttavista tekijöistä. Euro & talous 3/2002. Suomen Pankki

Rahkonen Ossi, Talala Kirsi, Laaksonen Mikko, Lahelma Eero, Prättälä Ritva, Uutela Antti: Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979-2002. Suomen Lääkärilehti 20 14.5.2004.

Risku Ismo: Eläkerahastojen suuruutta kuvaavia tunnuslukuja. Eläketurvakeskuksen katsauksia 2001:4

Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000-2003, Stakes – Chess tilastotiedote 8/2005

SOMERA-toimikunnan mietintö. Sosiaalimenojen kehitystä ja sosiaaliturvan rahoituksen turvaamista pitkällä aikavälillä selvittäneen toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, komiteamietintöjä 2002:4, Edita 2002

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaaliturvan kestävään rahoitukseen. Rahoituksen uusia linjauksia. Monisteita 1998:27.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010- kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3. Helsinki 2001.

Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä. SOMERA toimikunnan taustaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:21. Edita 2002.

Sosiaaliturvan kestävään rahoitukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:27. Helsinki 1998.

Sosiaaliturvan suunta 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2003:6

STM: Sosiaaliturvan kestävään rahoitukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:27.

Suoniemi, I., H. Tanninen ja M. Tuomala. Hyvinvointipalveluiden rahoitusperiaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:5. Helsinki 2003.

Talouden rakenteet 2003. Valtiotaloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki 2003.

Tasavertaiset työmarkkinat – työryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:1. Helsinki.

Terve kouluympäristö – koululaisten ravitsemus ja suun terveys. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2004:14.

TYKY-barometri. Työkykyä ylläpitävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2001. Helsinki 2002. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Työ ja terveys Suomessa 2003. Helsinki 2004. Työterveyslaitos.

Työministeriö: Työpolitiikan strategia 2003 – 2007 – 2010. Työhallinnon julkaisu nro 334.

Väestöliiton väestöpoliittinen ohjelma. Väestöliitto. Helsinki. 2004.

Väinälä, A. Selvitys kotona olevien vanhempien lasten päivähoitotilanteesta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2004: 16. Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriö, esitteitä 2003:6.

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2004:1.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2001:4.

Valtiovarainministeriö (2003): Hyvinvointipalvelujen turvaaminen. Valtiovarainministeriön julkaisuja 4/2003.

Valtiovarainministeriö (2004). Naisjohtajat – uralla eteenpäin. Naisten sijoittumisen valtionhallinnon johtotehtäviin. Valtiovarainministeriö, henkilöstöosasto. Työryhmämuistioita 5/2004.

Virjo, Ilkka: Toimeentulotuen alikäytön laajuus ja syyt. Janus 8 (2000): 1, 28–44.

Wallenius, T. Tuomitut vähenemään. Suomalaiset ja lisääntymisen vaikea taito. EVA raportti. Helsinki 2003.

Ylöstalo, Pekka: Työolobarometri. Lokakuu 2002. Työministeriö. Helsinki 2003

Ylöstalo, Pekka: Työolobarometri. Lokakuu 2003. Verkkoversio toukokuu 2004. Työministeriö, Helsinki 2004.

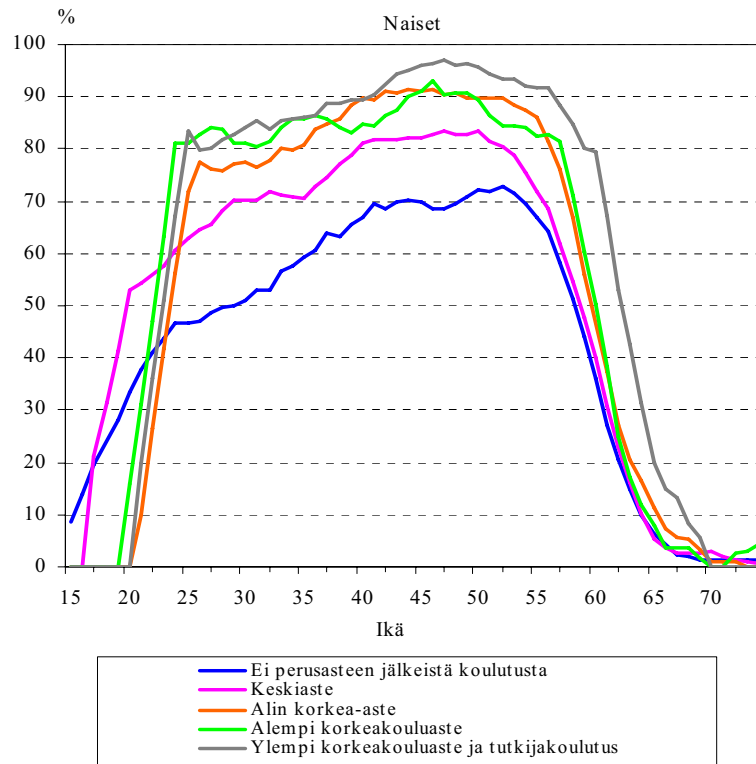
Ympäristöministeriö: Hallituksen asuntopoliittinen ohjelma vuosille 2004-2006. Ympäristöministeriön moniste 126

Zweifel, Peter, Felder, Stefan ja Meier, Markus: Ageing of population and health care expenditure: A red herring? Health Economics 1999; 8: 485-496.

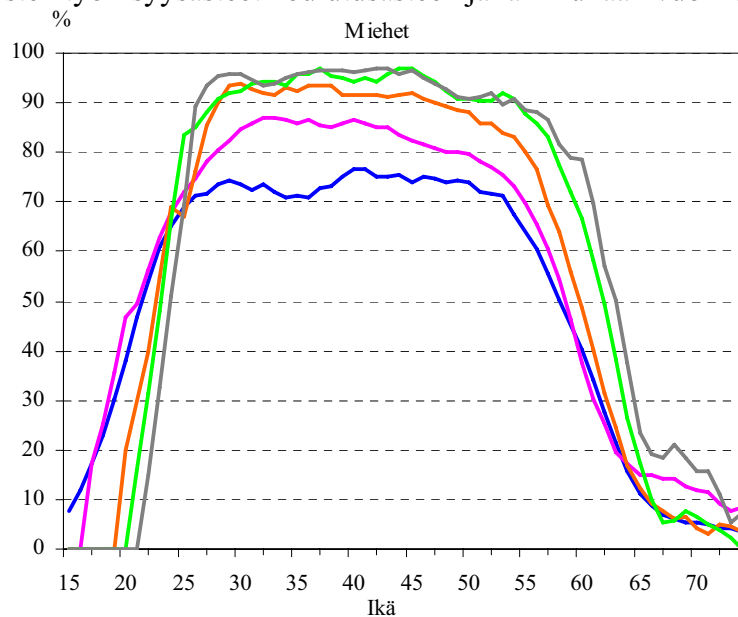
Liitekuviot

Luku 1 Sosiaaliturva ja muuttuva ympäristö

Kuvio 1. Naisten työllisyysasteet koulutusasteen ja iän mukaan vuonna 2003, %

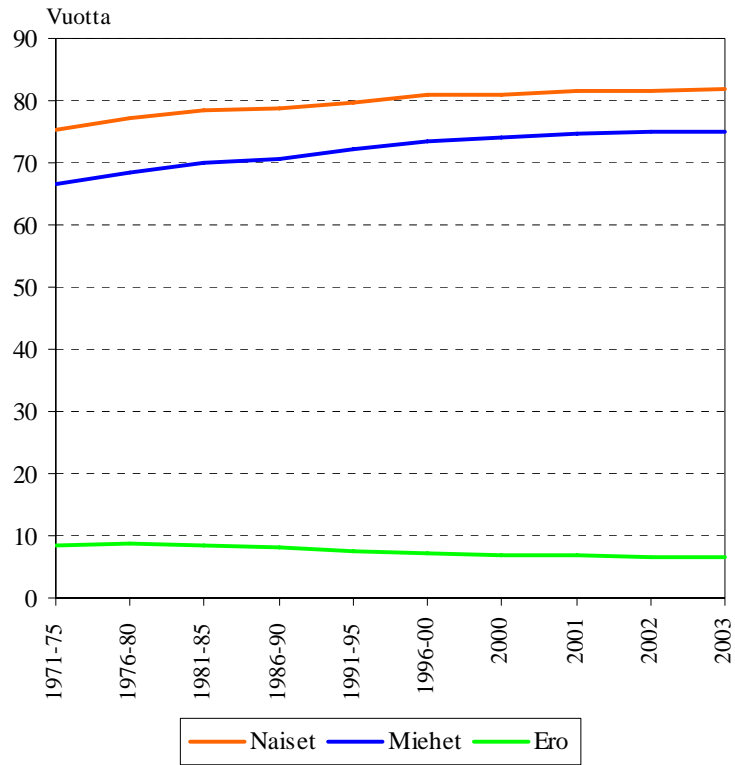


Kuvio 2. Miesten työllisyysasteet koulutusasteen ja iän mukaan vuonna 2003, %



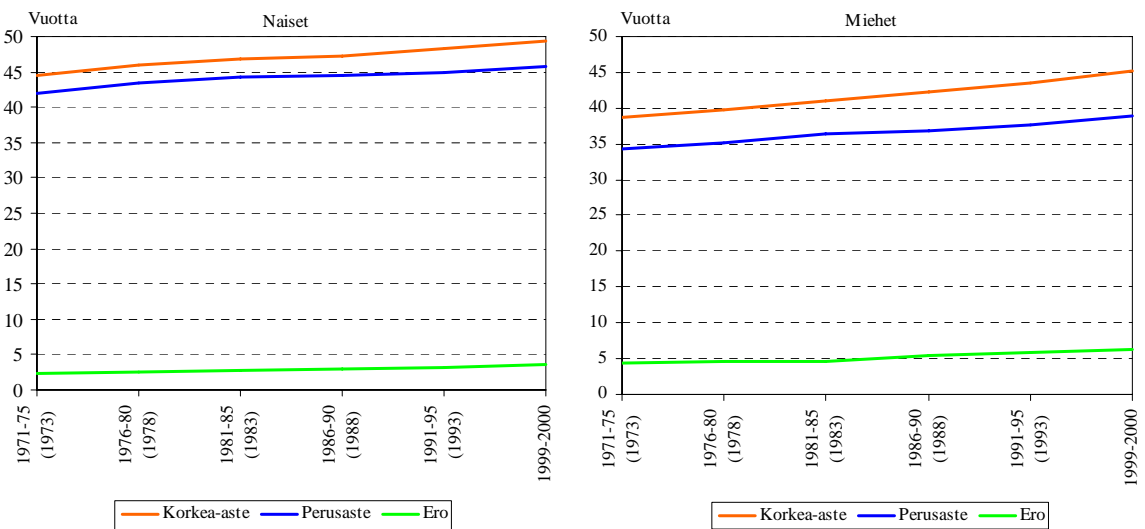
Luku 2 Terveysten ja toimintakyvyn edistäminen

Kuvio 3. Elinajan odote vuosina 1971-2003



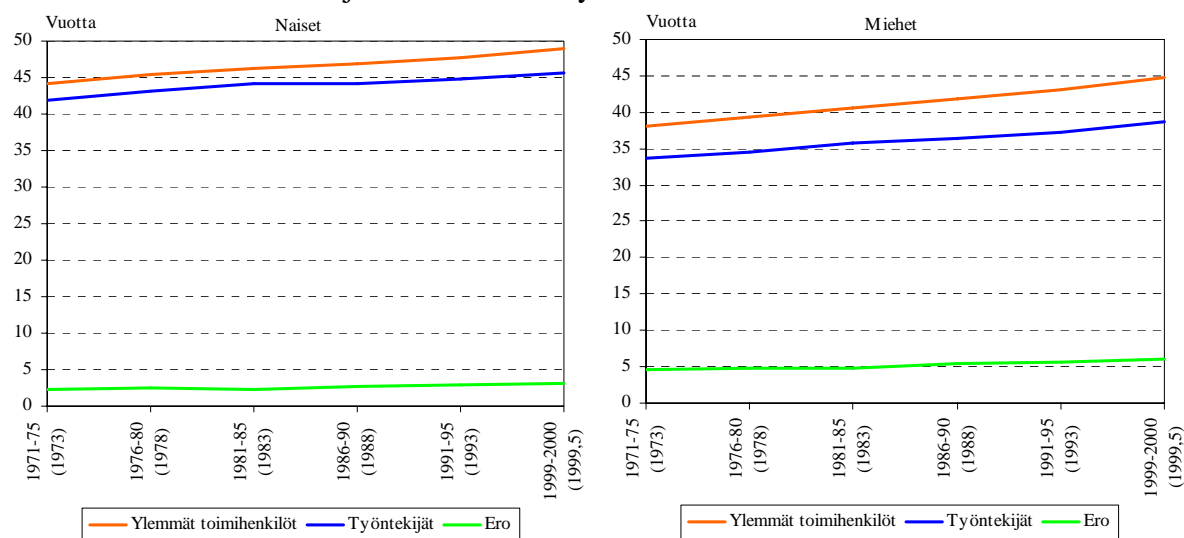
Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 4. 35-vuotiaan elinajan odote koulutuksen mukaan vuosina 1971-2000



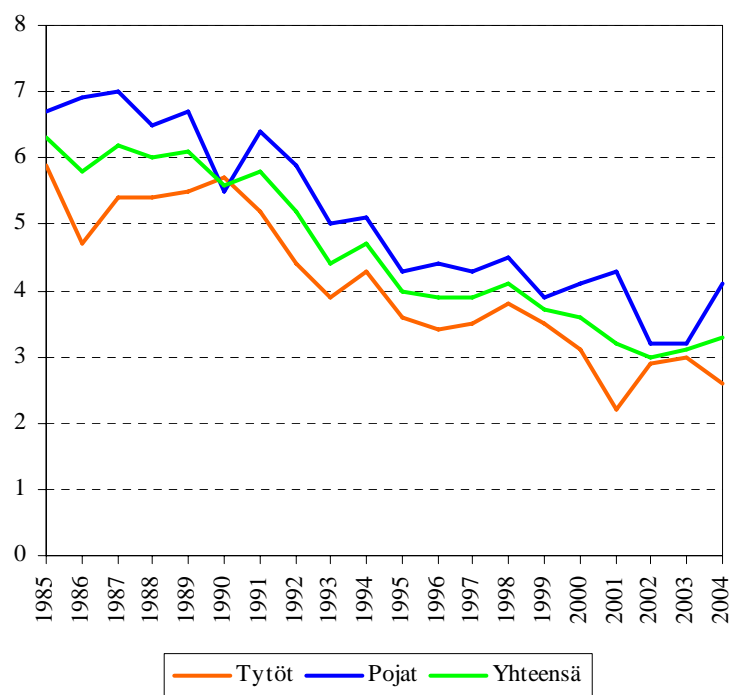
Lähde: Kansanterveyslaitos ja Tilastokeskus

Kuvio 5. 35-vuotiaan elinajan odote sosiaaliryhmän mukaan vuosina 1971- 2000



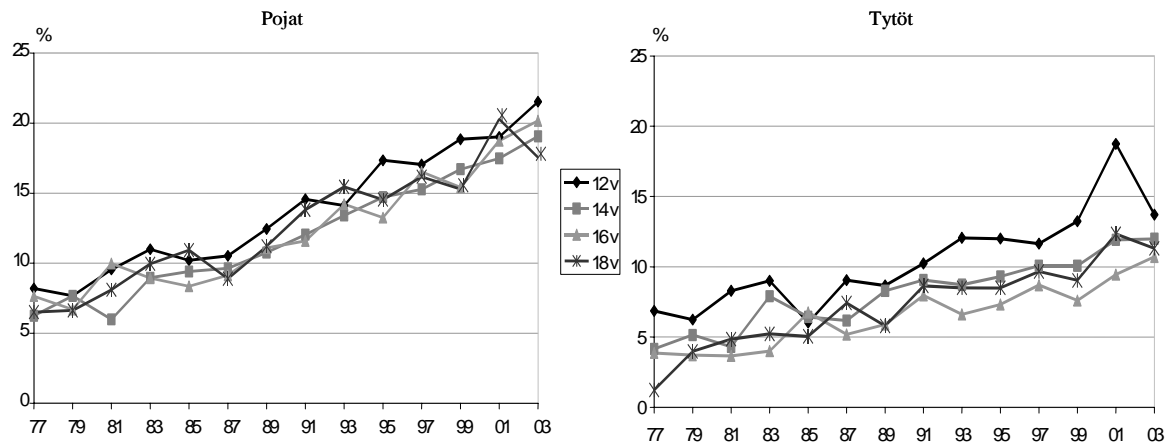
Lähde: Kansanterveyslaitos ja Tilastokeskus

Kuvio 36. Imeväiskuolleisuus vuosina 1990-2004



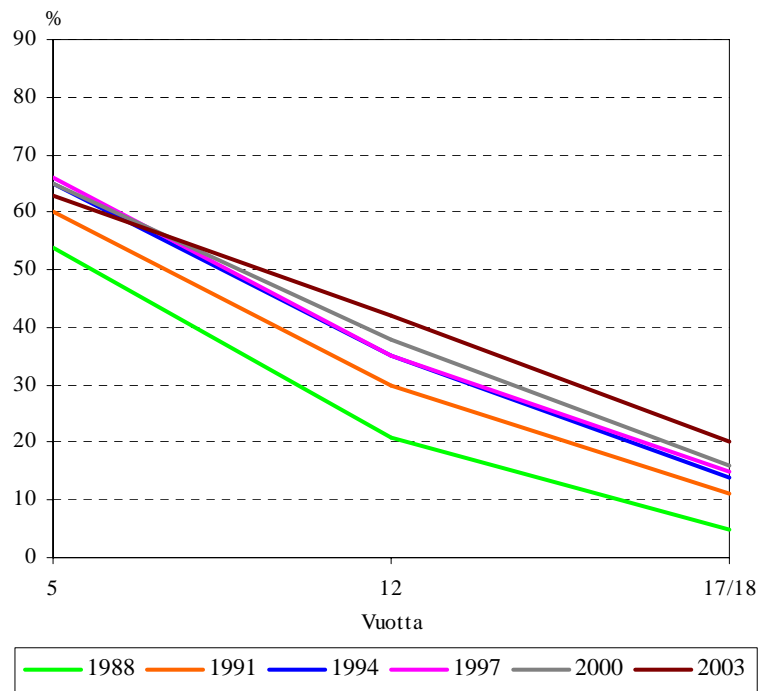
Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 7. Ylipainoisten nuorten osuus vuosina 1977-2003



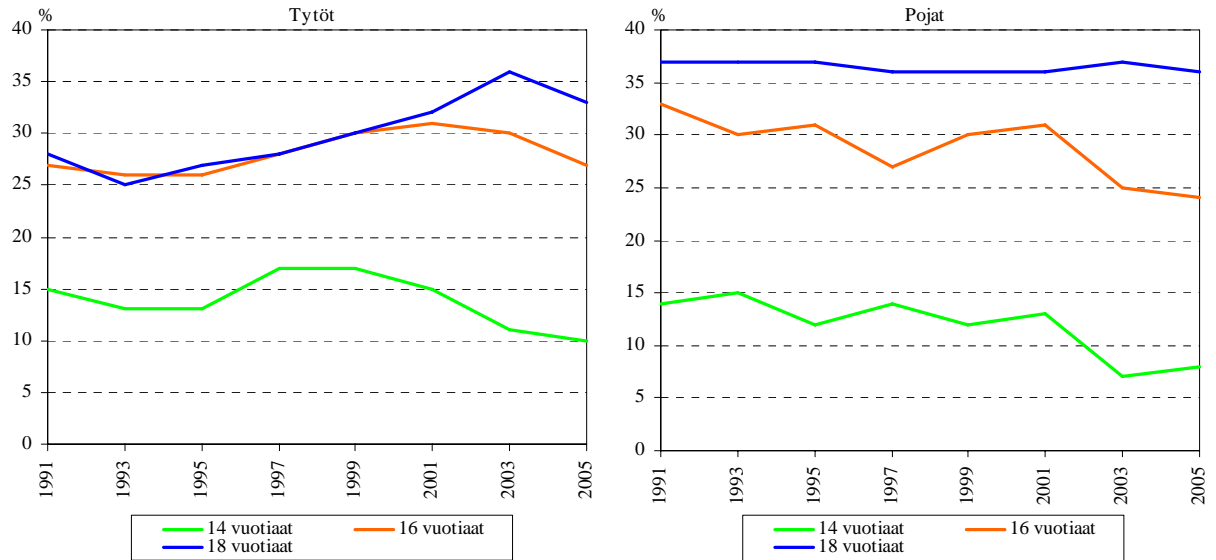
Lähde: Nuorten terveystapatutkimus (Kautiainen ym. 2002, 2004)

Kuvio 8. Tervehampaisten osuus 5, 12 ja 17/18 –vuotiaista vuosina 1988, 1991, 1994, 1997 ja 2003



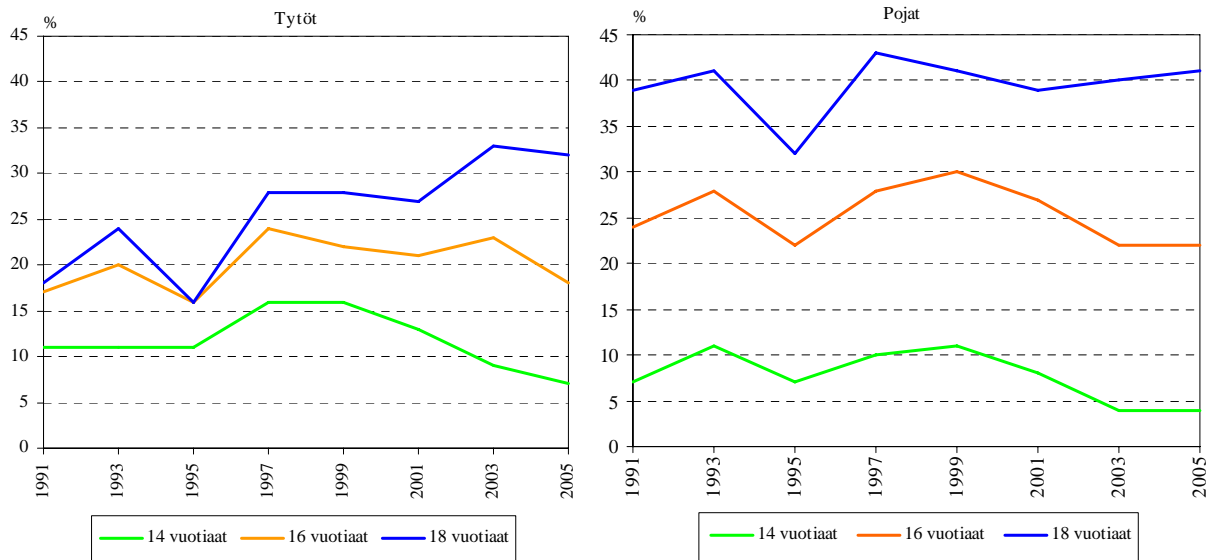
Lähde: Stakes

Kuvio 9. Päivittäin tupakoivat nuoret vuosina 1991-2005



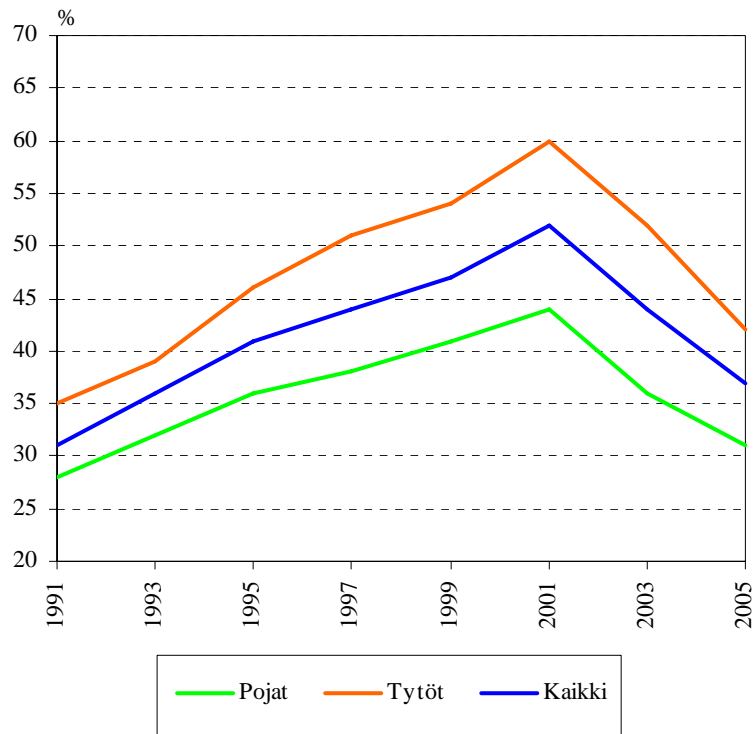
Lähde: Nuorten terveystapatutkimus

Kuvio 10. Tosihumalaan vähintään kerran kuukaudessa juovien nuorten osuus vuosina 1991-2005



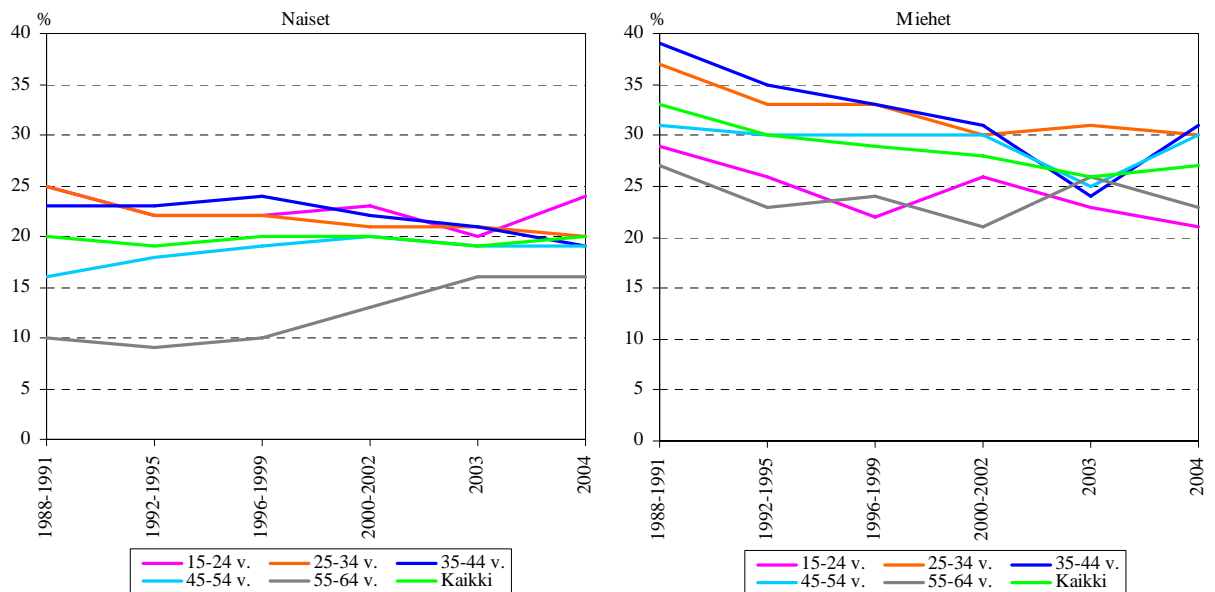
Lähde: Nuorten terveystapatutkimus

Kuvio 11. Vähintään yhden huumeita viimeksi kuluneen vuoden aikana kokeilleen tut-tavan tietävien osuus 14-18 vuotiaista (%) vuosina 1991-2005



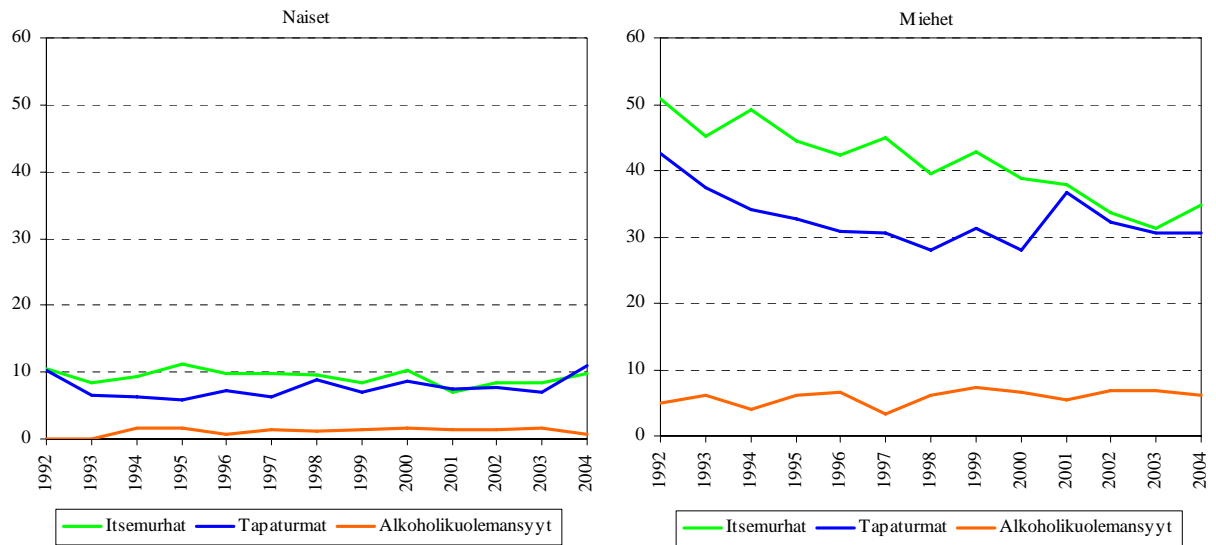
Lähde: Nuorten terveystapatutkimus

Kuvio 12. Päivittäin tupakoivat aikuiset vuosina 1988-2004



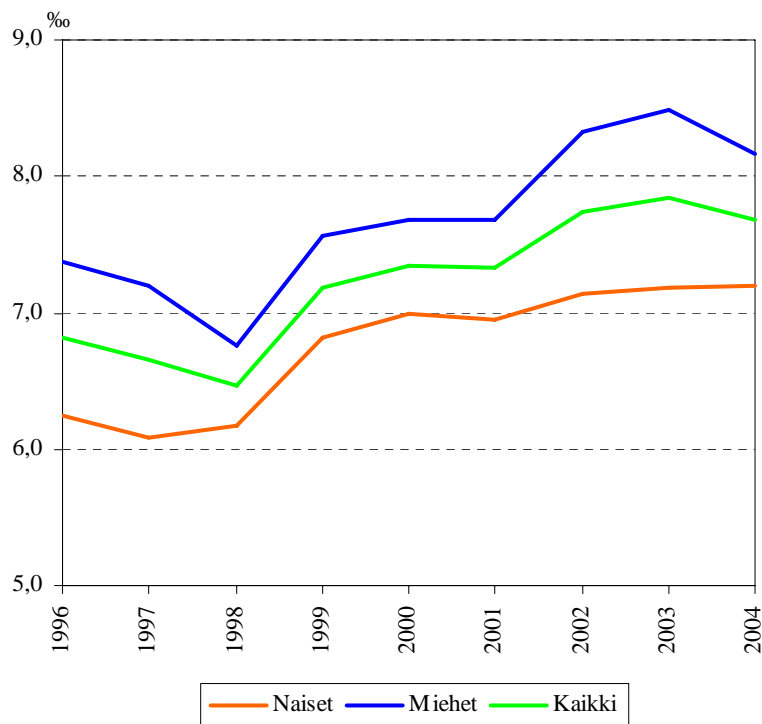
Lähde: Kansanterveyslaitos

Kuvio 13. 15-34 –vuotiaiden miesten ja naisten ikävakioitu itsemurha-, tapaturma- ja alkoholikuolleisuus vuosina 1992-2004, promillea



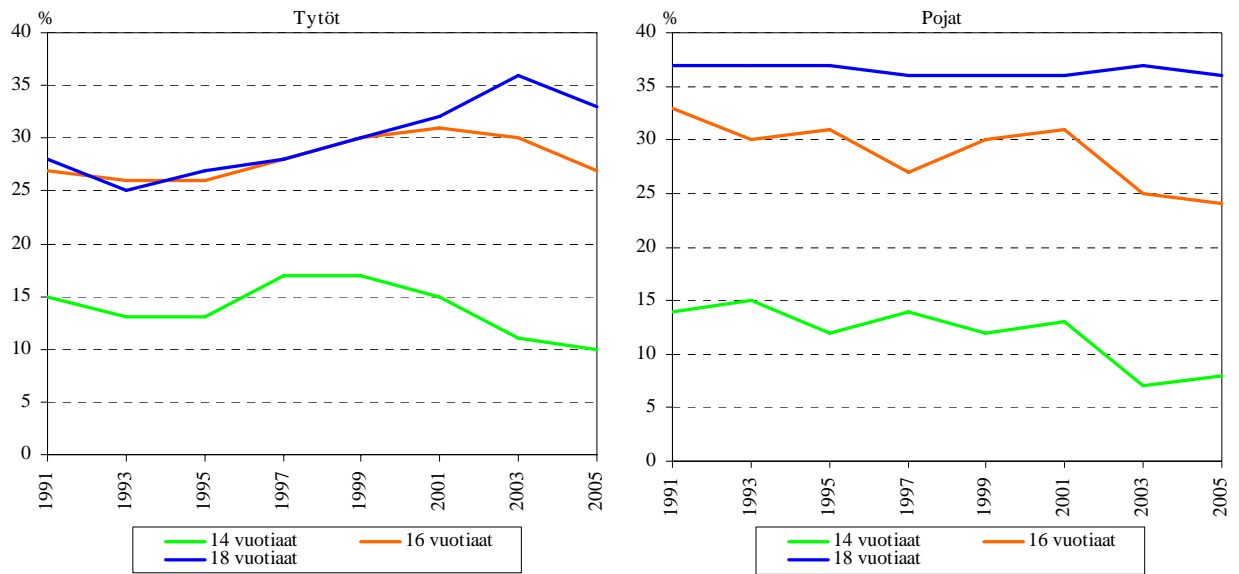
Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 14. 35-54-vuotiaille myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alka- vuus vuosina 1996-2004, promillea



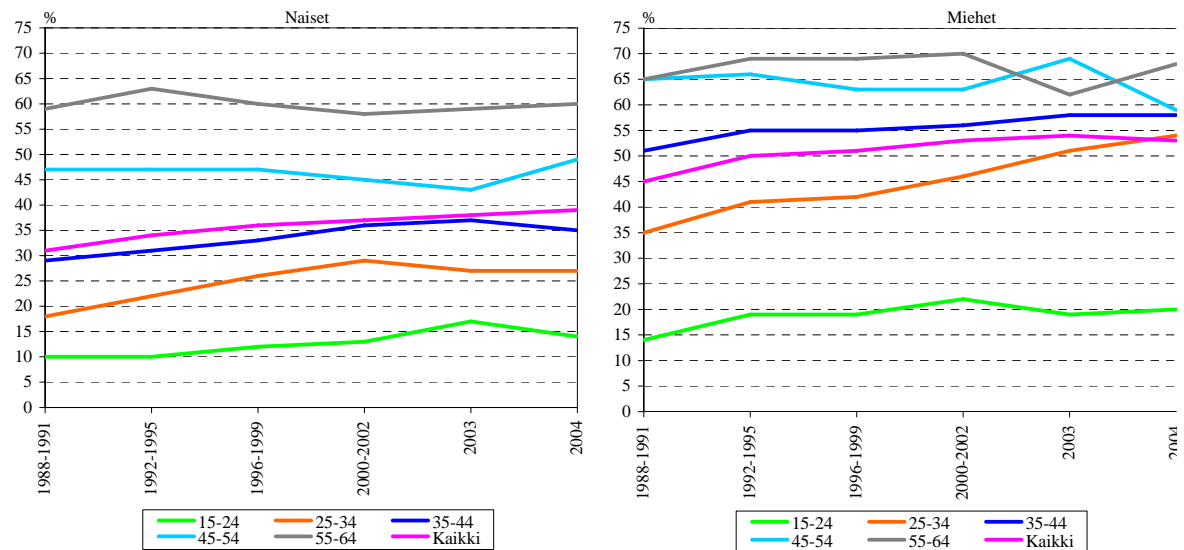
Lähde: Eläketurvakeskus

Kuvio 15. Päivittäin tupakoivat aikuiset vuosina 1988-2004



Lähde: Kansanterveyslaitos

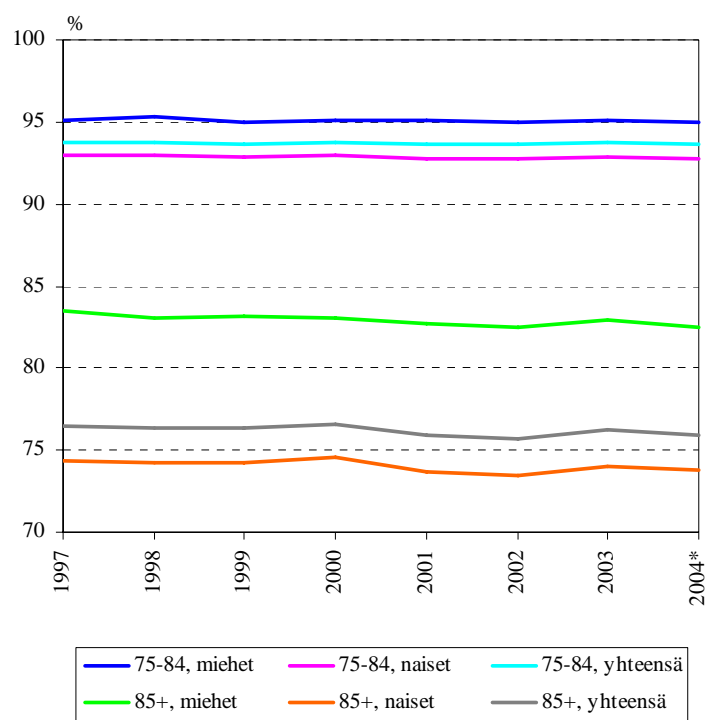
Kuvio 16. Ylipainoisten¹⁾ osuus aikuisista vuosina 1988-2004



¹⁾ Painoindeksi 25 tai enemmän

Lähde: Kansanterveyslaitos

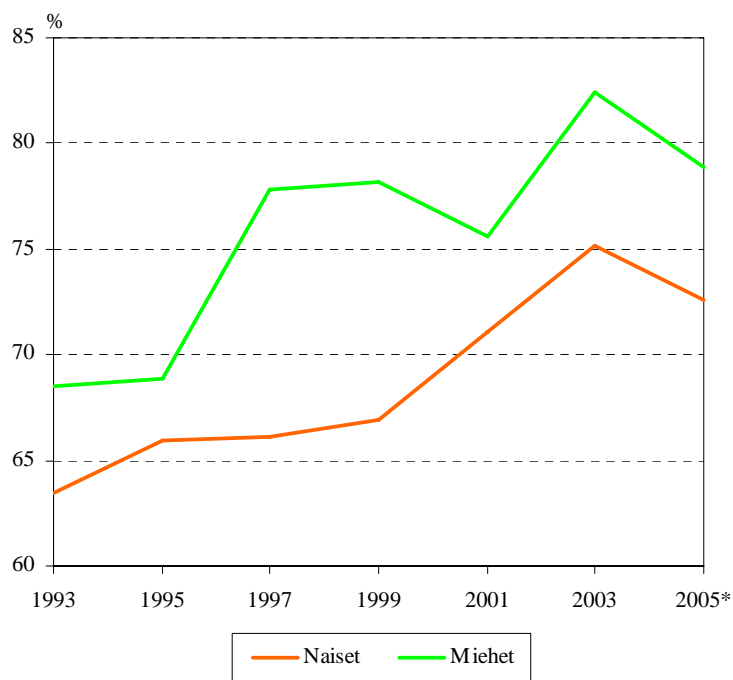
Kuvio 17. Kotona asuvien osuus 75-84 –vuotiaista ja 85 vuotta täyttäneistä vuosina 1997-2004, %



* ennakkotieto

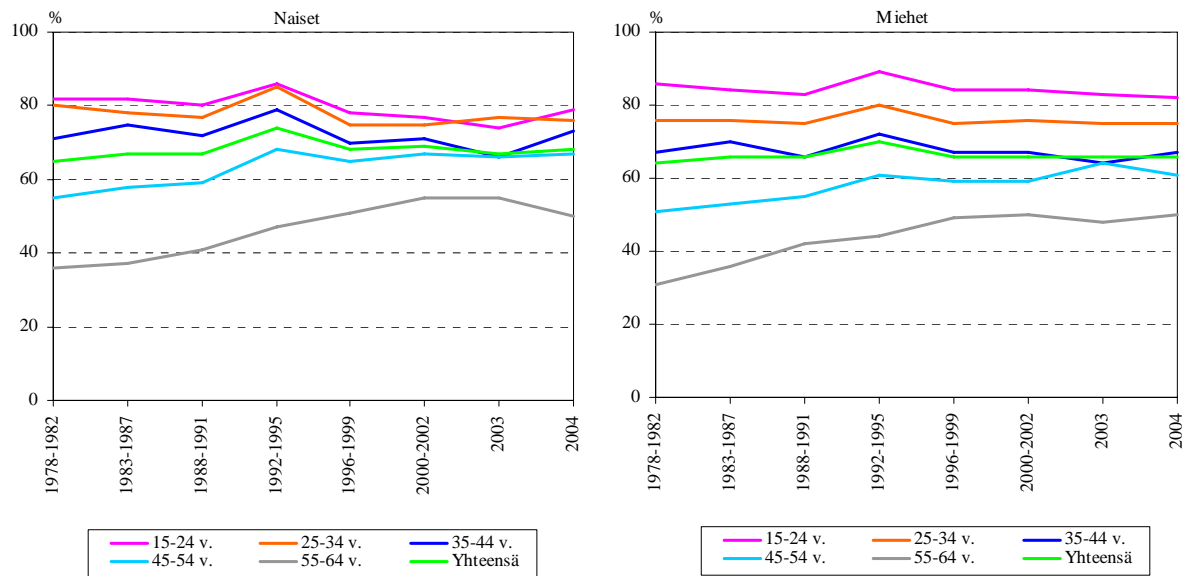
Lähde: Stakes

Kuvio 18. Niiden 75-84 –vuotiaiden osuus, jotka kykenevät liikkuman ulkona yksin vuosina 1993-2005



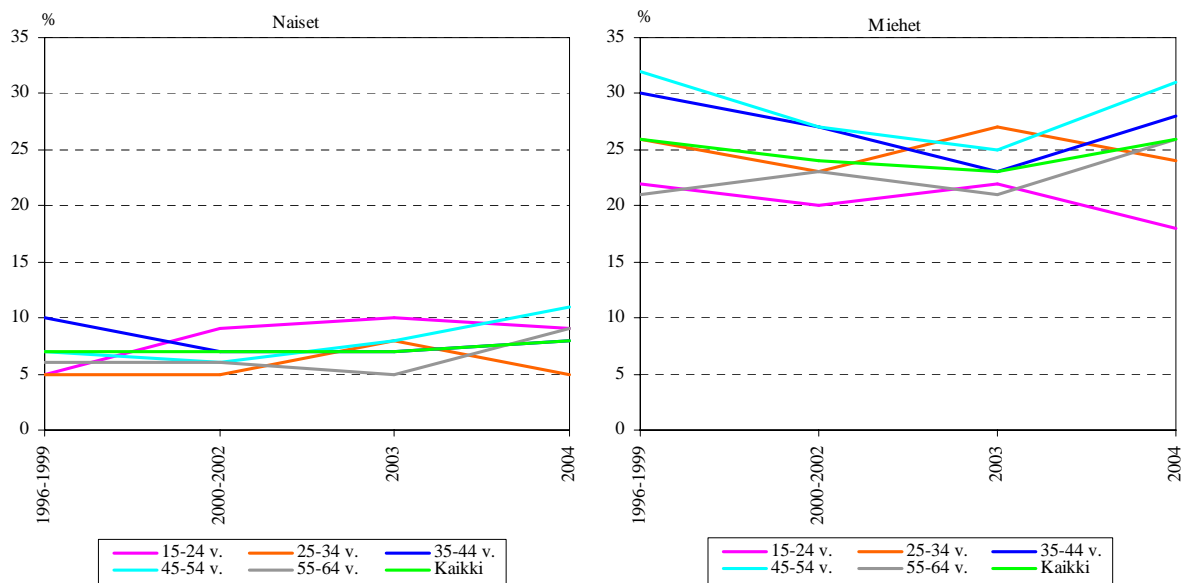
Lähde: Kansanterveyslaitos

Kuvio 19. Terveystilansa hyväksi tai melko hyväksi arvioivien osuus ikäryhmittäin vuosina 1978-2004



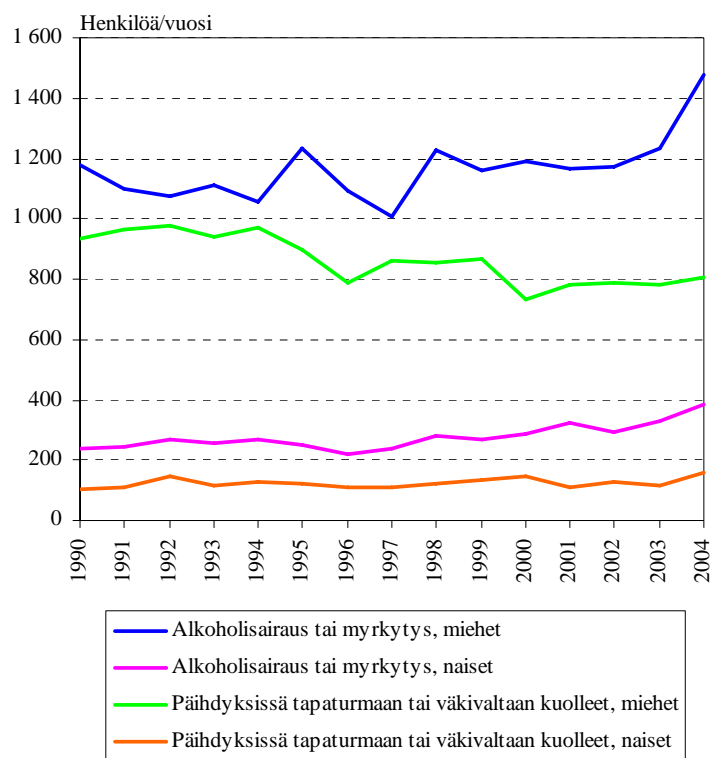
Lähde: Kansanterveyslaitos

Kuvio 20. Niiden osuus, jotka juovat alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän vähintään kerran viikossa vuosina 1996-2004



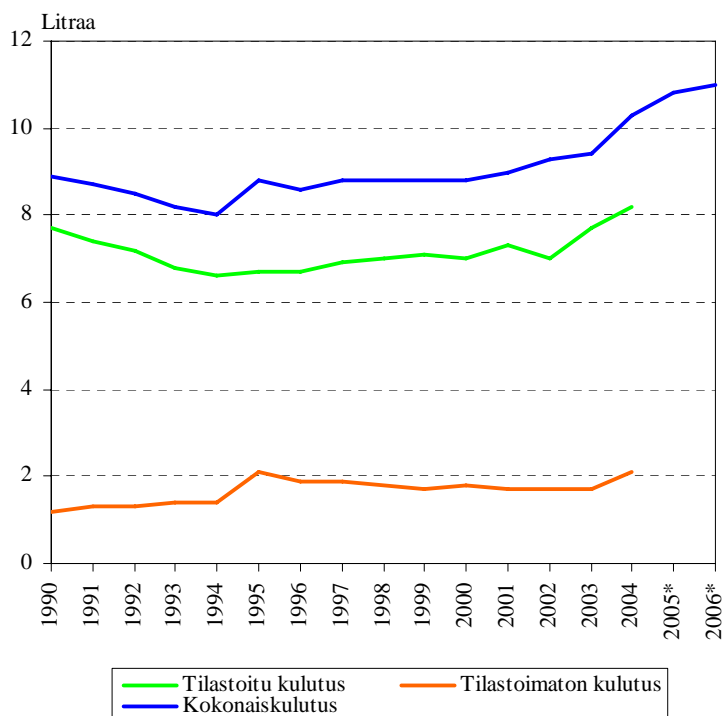
Lähde: Kansanterveyslaitos

Kuvio 21. Alkoholin aiheuttaman kuolemat vuosina 1990-2004



Lähde: Tilastokeskus

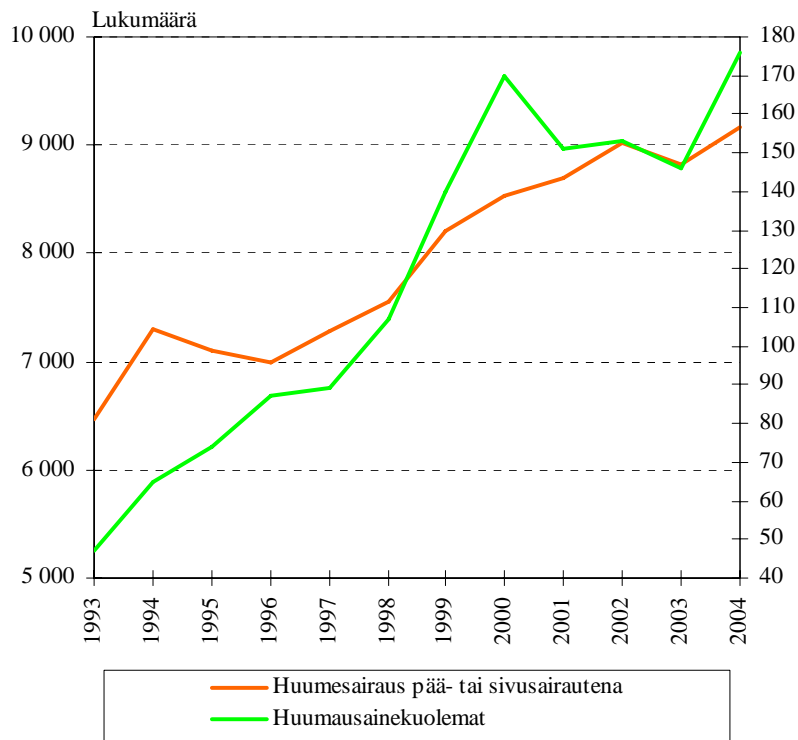
Kuvio 22. Alkoholin kokonaiskulutus asukasta kohden 100%:na alkoholina vuosina 1990-2006



*arvio

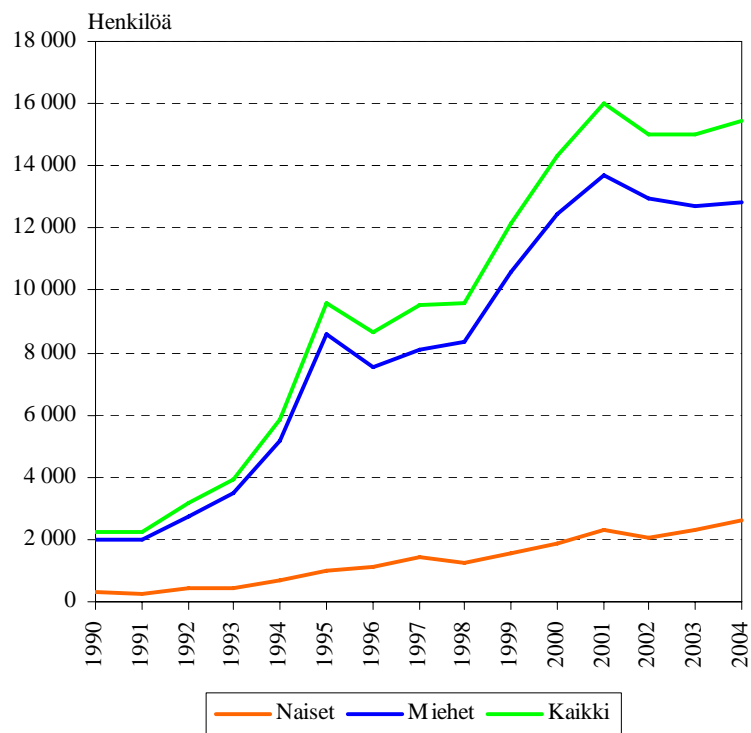
Lähde: Stakes

Kuvio 23. Huumausainesairauksien hoitojaksot sairaaloissa ja huumekuolemat vuosina 1993-2004



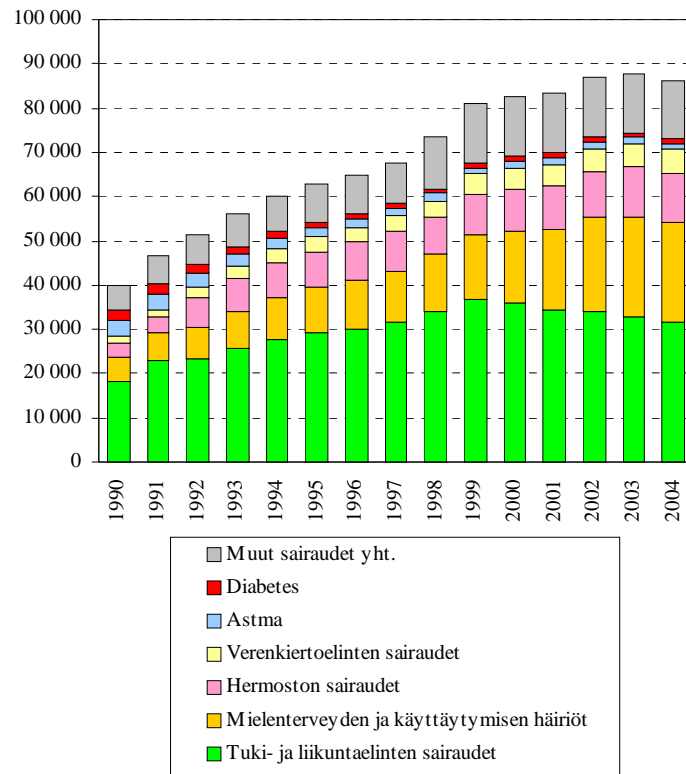
Lähde: Stakes ja Tilastokeskus

Kuvio 24. Huumausainerikokset ja huumausainerikoksesta tuomittujen osuus rangausvangeista vuosina 1990-2004

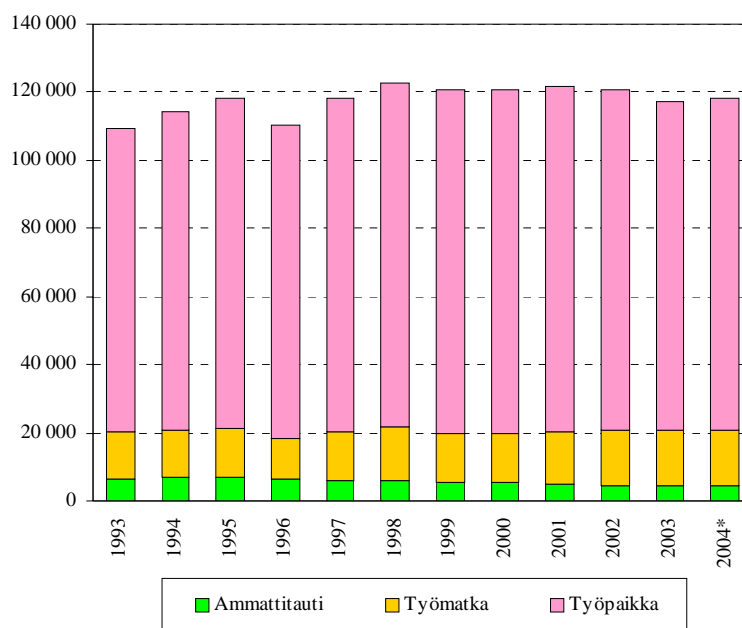


Luku 3 Työelämän vetovoiman lisääminen

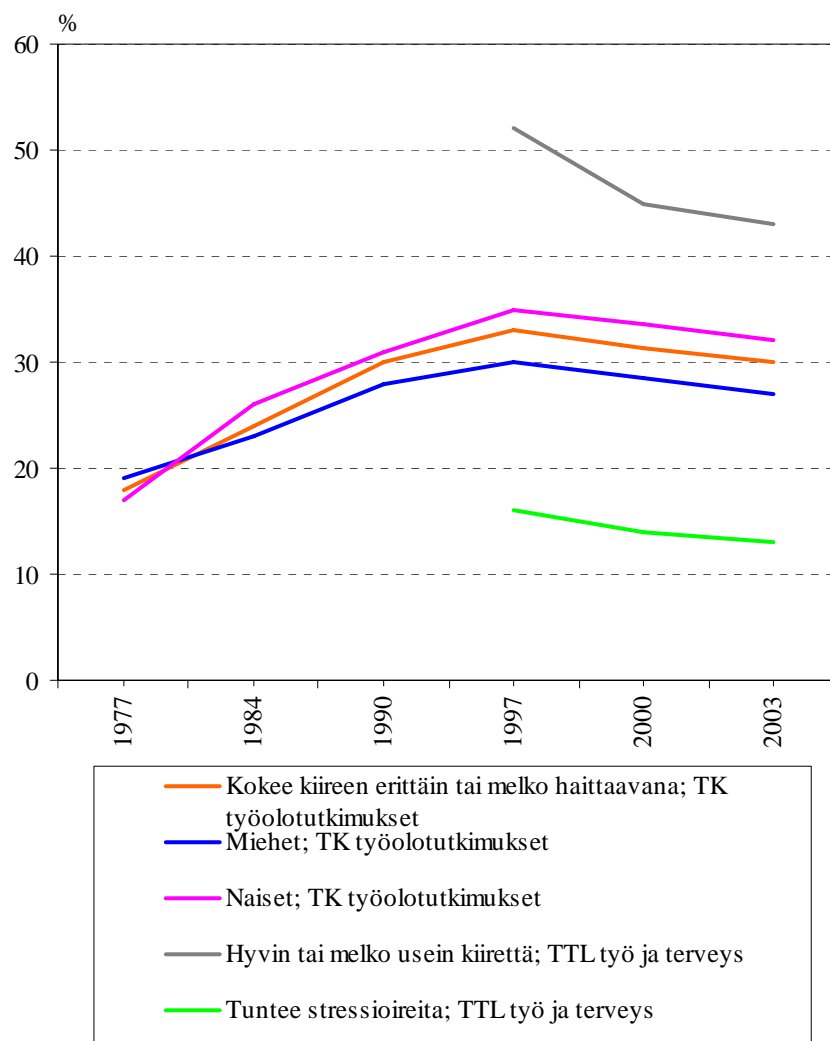
Kuvio 25. Kuntoutujien määrän kehitys sairauden mukaan 1990-2004



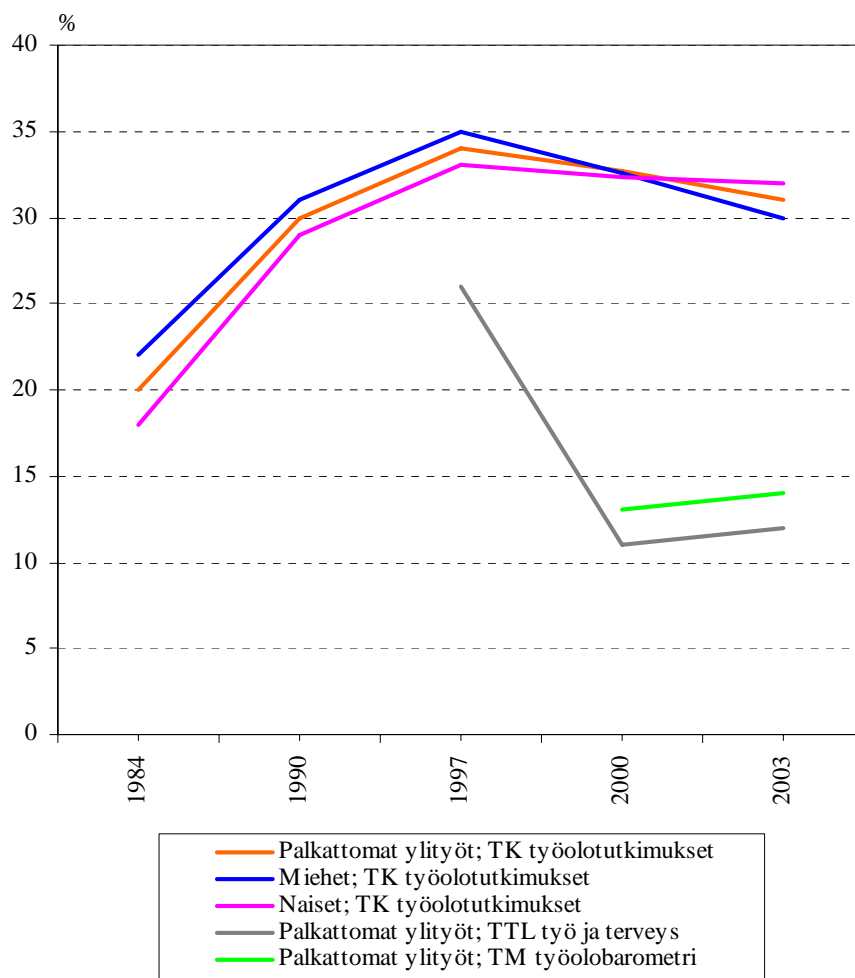
Kuvio 26. Palkansaajien ammattitautien, työpaikkatapaturmien ja työmatkatapaturmien kehitys 1993 – 2004



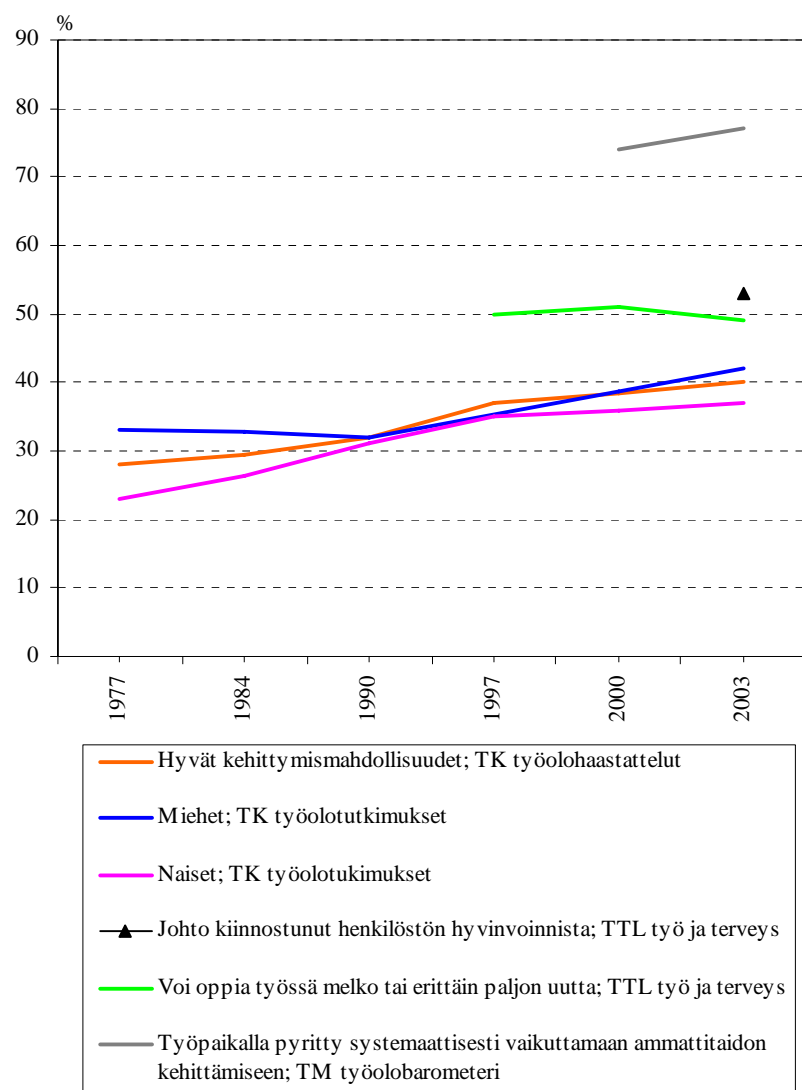
Kuvio 27. Kiireen haittaavuus 1977 – 2003



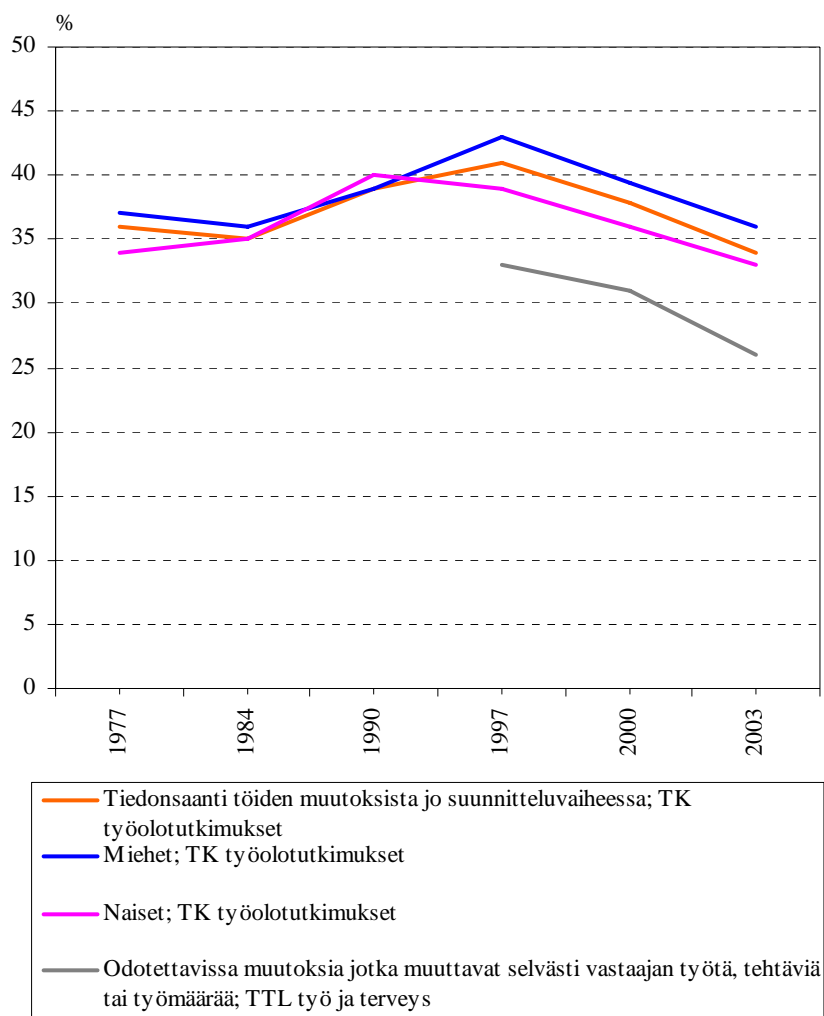
Kuvio 28. Palkattoman ylityön teko 1984 – 2003



Kuvio 29. Kehittymismahdollisuudet työssä 1977 - 2003

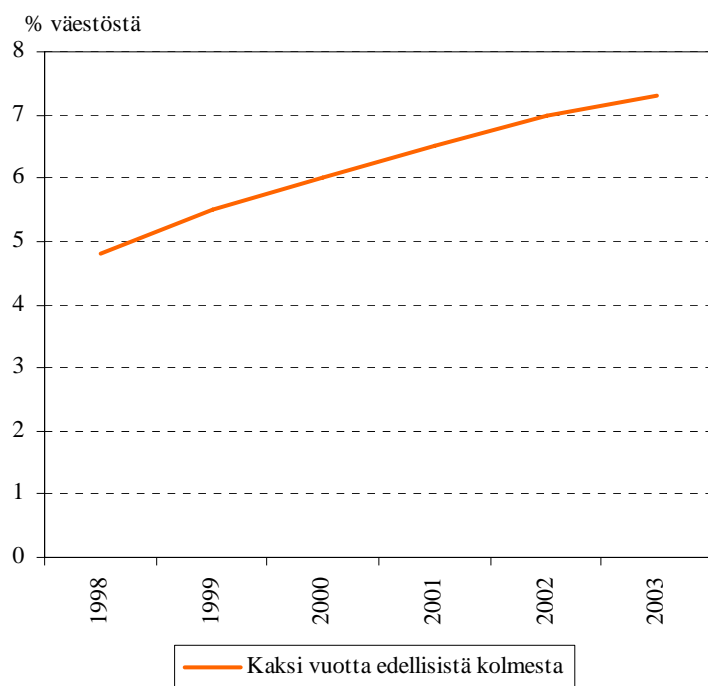


Kuvio 30. Tiedon saaminen työtä koskevista muutoksista 1977 – 2003

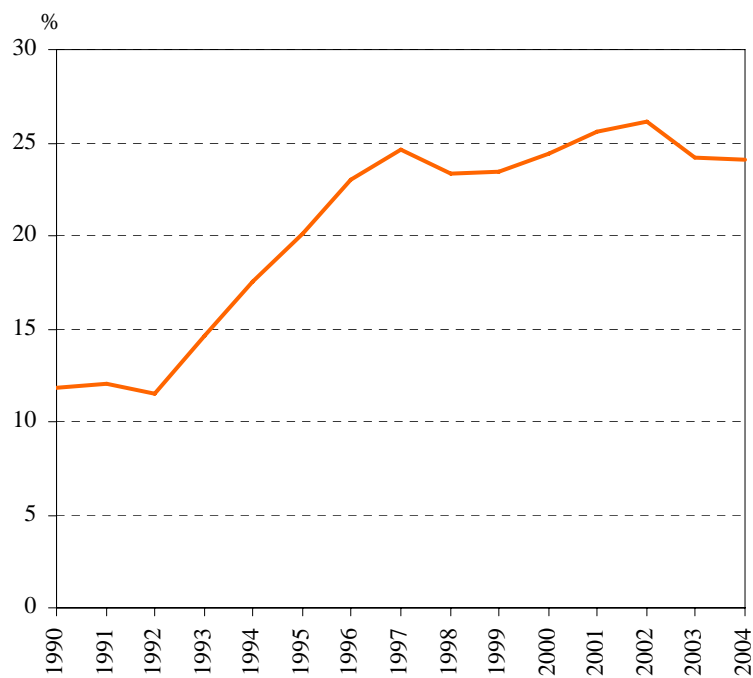


Luku 4 Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito

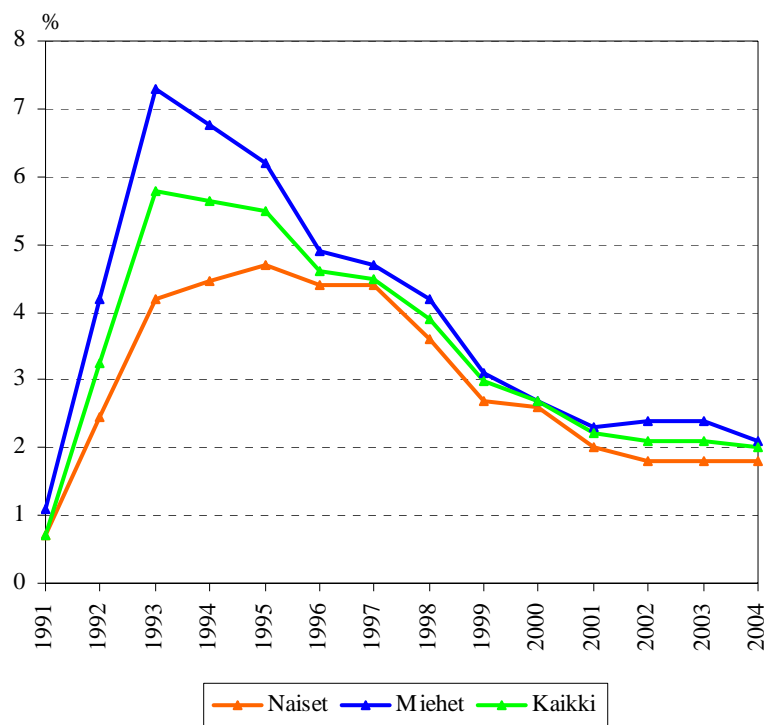
Kuvio 31. Pitkittynyt köyhyys vuosina 1998-2003 (useana perättäisenä vuotena 60 % - köyhyysrajan alittaneiden osuus)



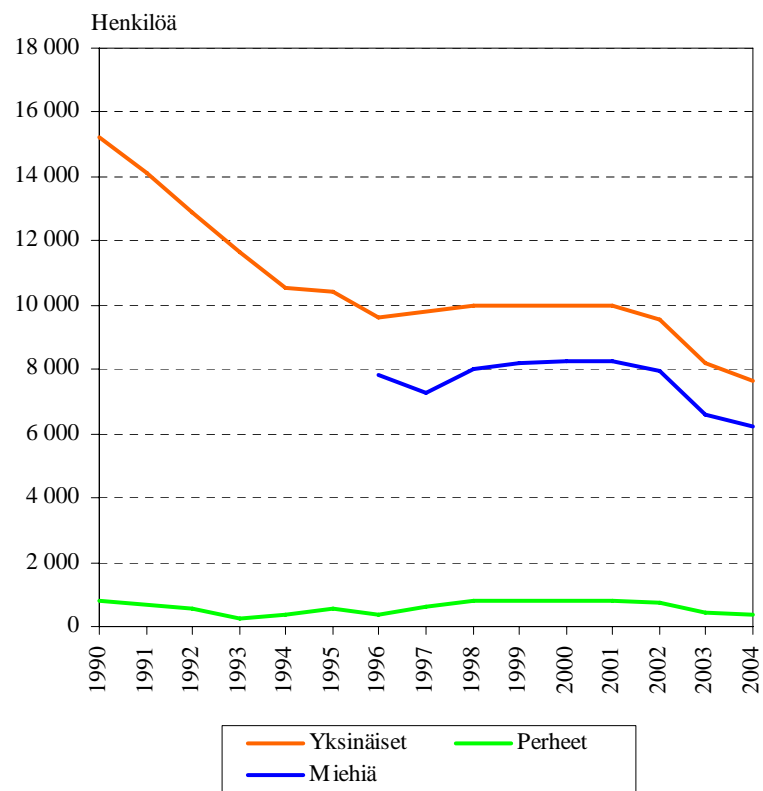
Kuvio 32. Vuoden aikana 10-12 kuukautta toimeentulotukea saaneiden osuus tukea saavista kotitalouksista vuosina 1990-2003, %



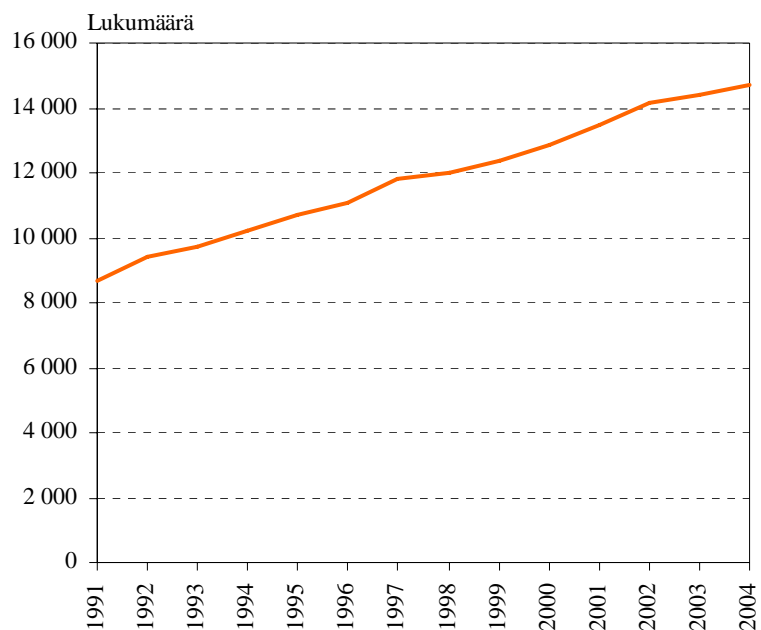
Kuvio 33. Pitkäaikaistyöttömyysaste vuosina 1993-2004



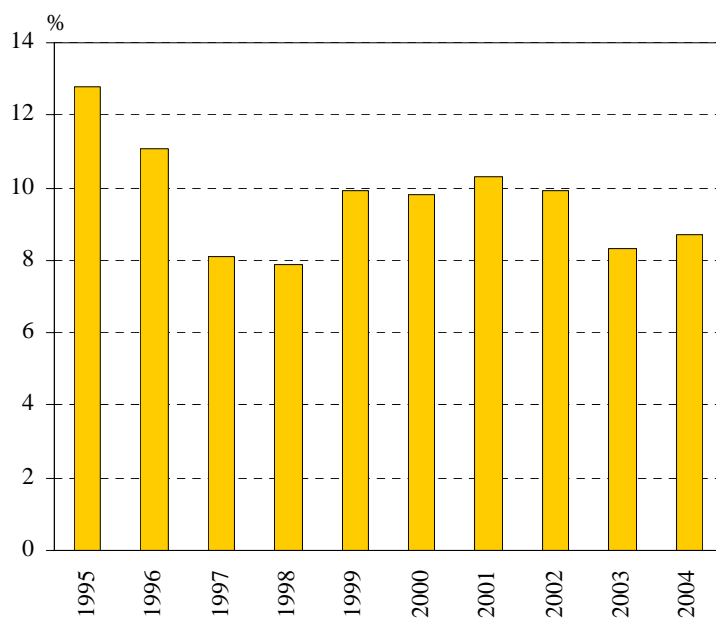
Kuvio 34. Asunnottomien määrän kehitys vuosina 1990 – 2004



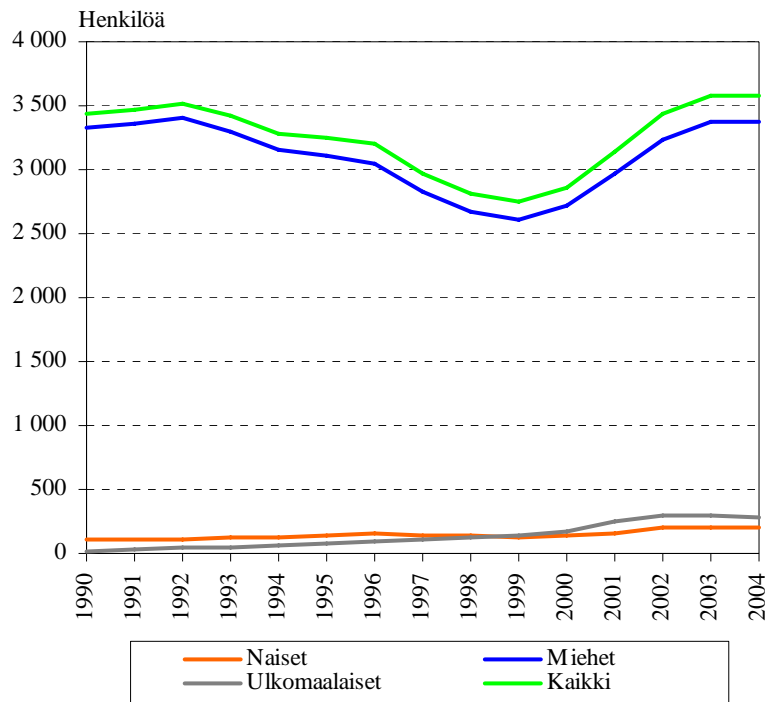
Kuvio 35. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lapset ja nuoret määrä vuosina 1991-2004



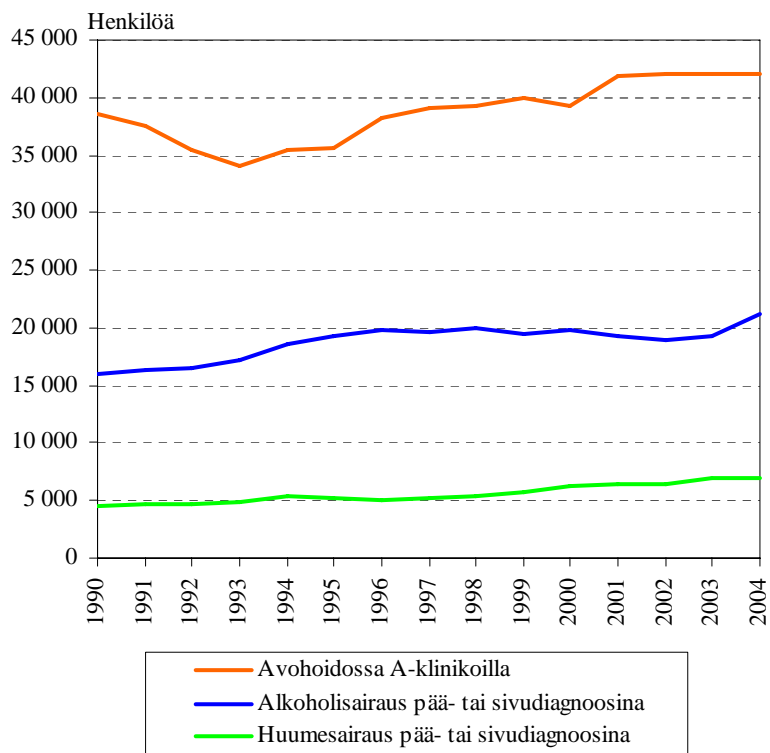
Kuvio 36. Vähäiselle koulutukselle jääneet nuoret,* osuus ikäryhmästä 18 -24 -v. vuosina 1995-2004, %



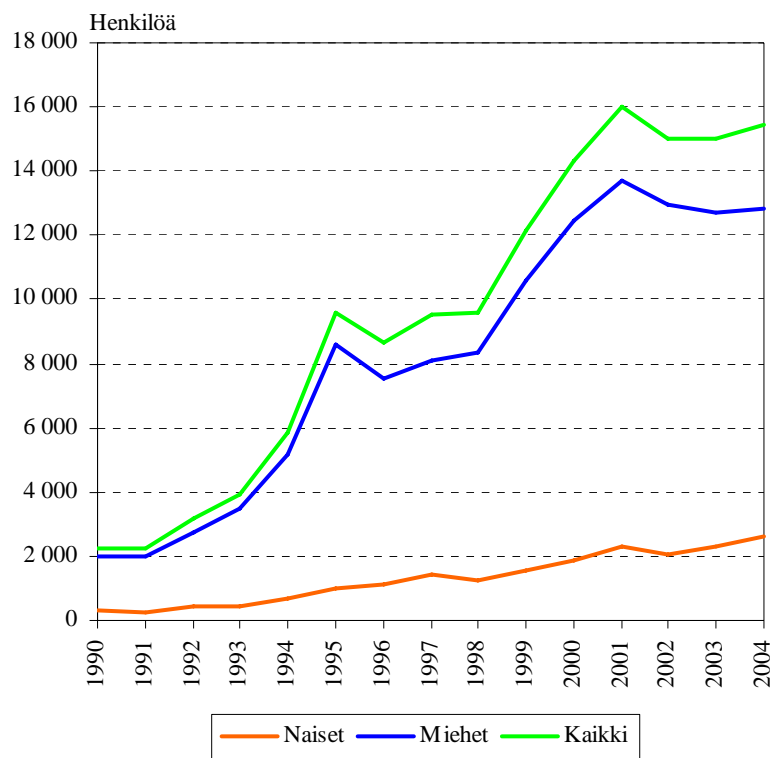
Kuvio 37. Vankien lukumäärä keskimäärin vuoden aikana vuosina 1990-2004



Kuvio 38. Alkoholi- ja huumesairauksien takia sairaaloissa hoidetut ja avohoidossa olleiden määrä vuosina 1990-2004

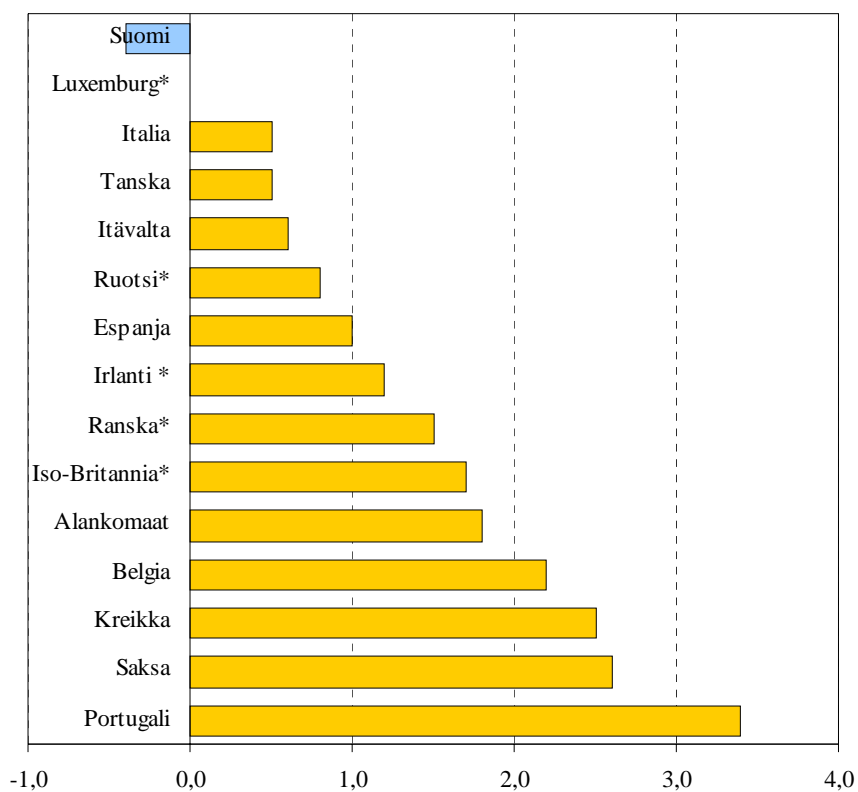


Kuvio 39. Huumausainerikoksista epäiltyjen määrän kehitys vuosina 1990-2003



Luku 5 Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

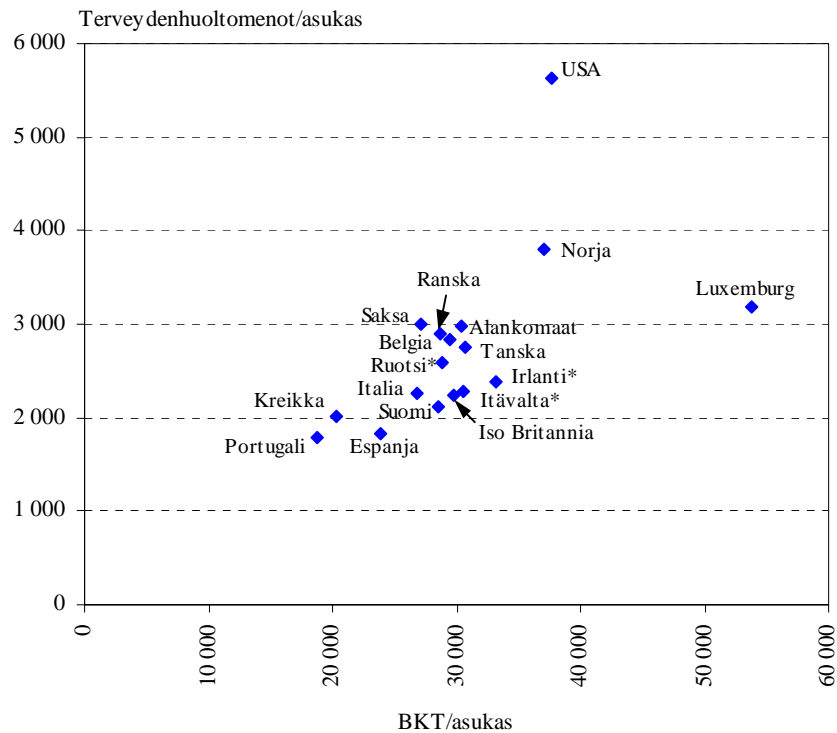
Kuvio 40. Terveysthuoltomenojen BKT-suhteen muutos 1990-2003, prosenttiyksikköä



*1990-2003 estimoitu tai 1990-2002 tieto

Lähde: OECD Health Data 2005

Kuvio 41. Terveystenhooltomenot ja BKT asukasta kohti EU-maissa ja USAssa vuonna 2005 (US\$ ostovoimakorjattuna)



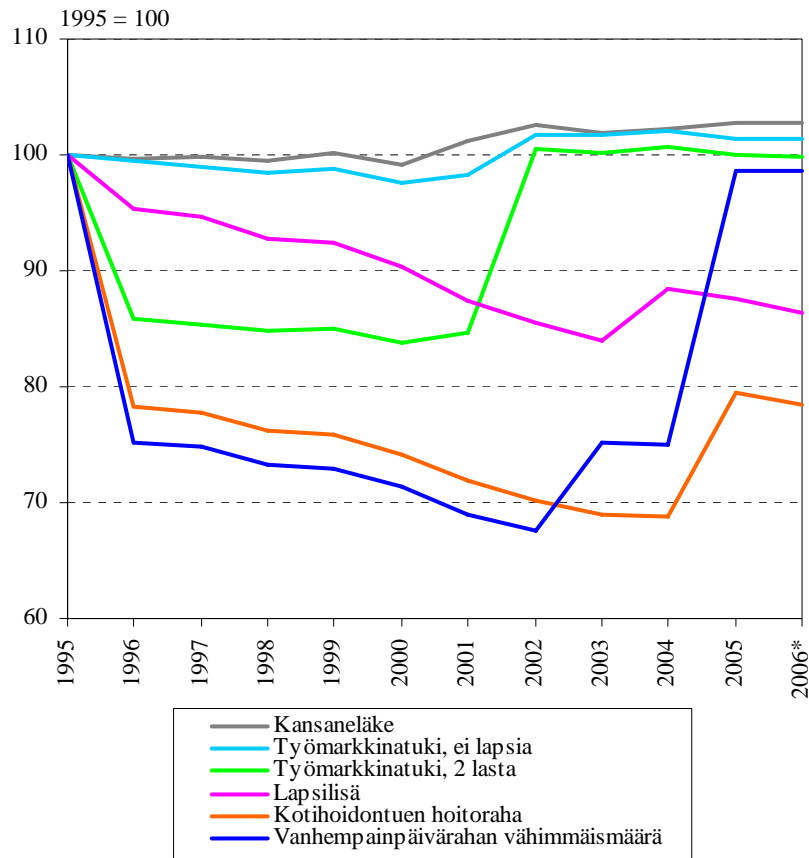
Lähde: OECD Health Data 2005.

Taulukko 1. Lääke- ja farmasiatuotemenot ja niiden muutos edellisvuodesta 1990–2003 vuoden 2003 rahassa, milj. €

<i>Vuosi</i>	Milj. euroa	Muutos %
1990	954,4	
1991	1 015,2	6,4 %
1992	1 058,6	4,3 %
1993	1 100,9	4,0 %
1994	1 156,1	5,0 %
1995	1 232,5	6,6 %
1996	1 298,1	5,3 %
1997	1 355,4	4,4 %
1998	1 340,8	-1,1 %
1999	1 397,8	4,3 %
2000	1 463,0	4,7 %
2001	1 562,9	6,8 %
2002	1 660,5	6,2 %
2003	1 706,8	2,8 %

Lähde: Stakes, Terveystenhoollon menot ja rahoitus vuonna 2003. Tilastotiedote 4/2005.

Kuvio 42. Eräiden toimeentuloturvaetuuksien reaalin kehitys vuosina 1995-2006



Lapsilisä: Vuoden 2004 lopun perherakenteella painotettu lasta kohti laskettu keskiarvo

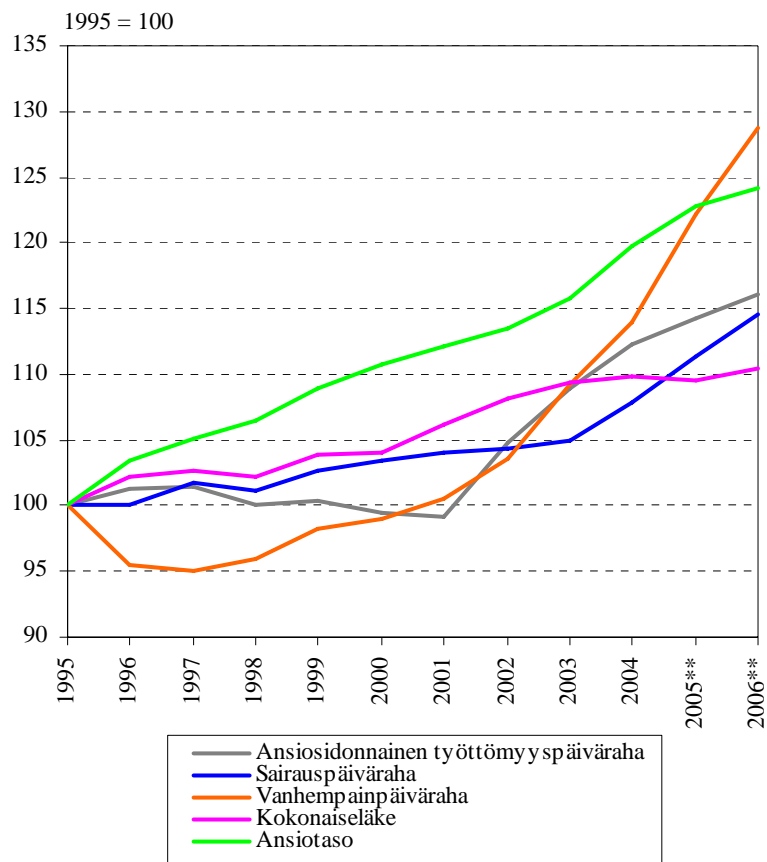
Työmarkkinatuki: Täysimääräinen työmarkkinatuki + mahdollinen lapsikorotus

Kansaneläke: Täysimääräinen kansaneläke, yksin asuva, I kuntaryhmä

Kotihoidon tuen hoitoraha: Pl. mahdolliset sisarkorotukset, vuoteen 1996 perusosa

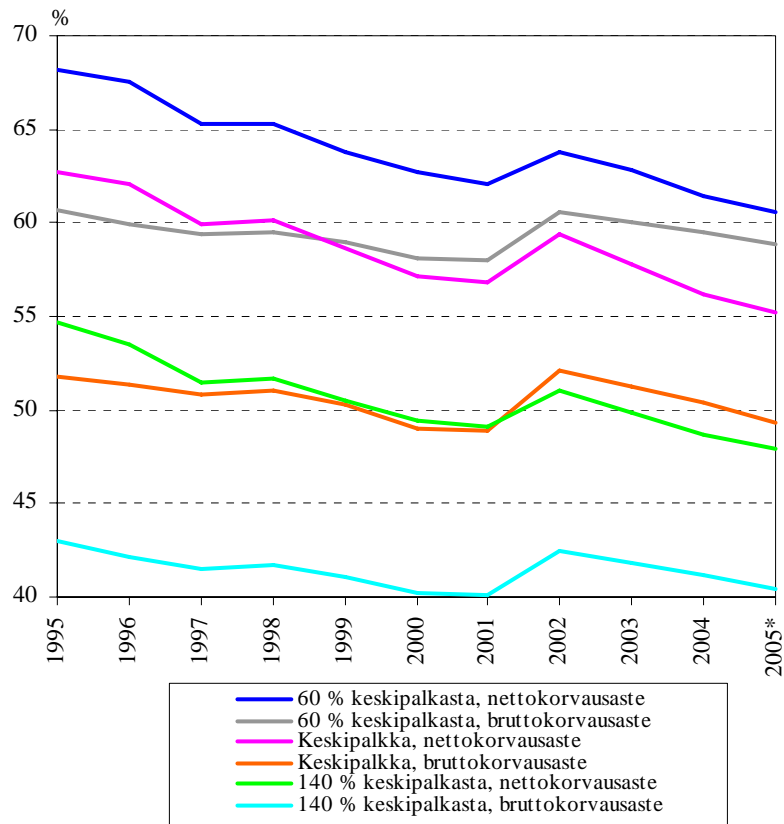
Painotettu vuosikeskiarvo, mikäli etuutta korotettu vuoden aikana

Kuvio 43. Keskimääräisen kokonaiseläkkeen, keskimääräisten päivärahojen ja ansiotasoindeksin reaalin kehitys vuosina 1995-2006



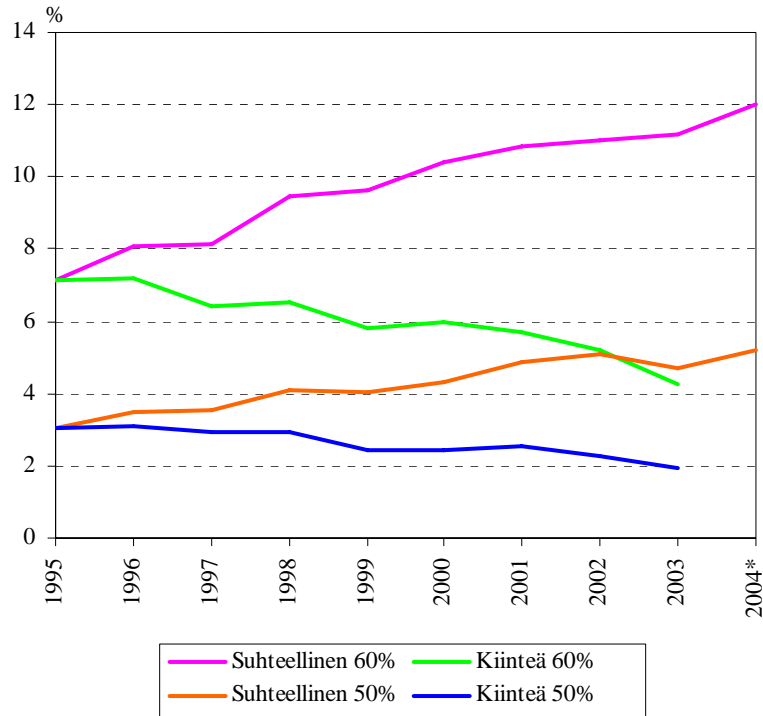
Huom! Sairaus- ja vanhempainpäivärahat sisältävät myös työnantajalle maksetut päivärahat (ei kuitenkaan työnantajalle maksettavaa lomakustannusten korvausta vanhempainpäiväraha-ajalta).

Kuvio 44. Ansiosidonnaisen työttömyysturvan brutto- ja nettokorvausaste eri tulotasoilla vuosina 1995-2006, prosenttia



Keskituloina käytetty OECD:n keskivertotyöntekijän palkkatasoa. Ko. luku sisältää myös lomarahan, jota ei oteta huomioon päivärahaa laskettaessa. Tämä alentaa hieman korvausastetta verrattuna niihin laskelmiin, jossa lomarahaa ei ole sisällytetty työssäoloajan tuloihin. Tarkastelussa ei ole huomioitu työttömyyskassan jäsenmaksua.

Kuvio 45. Köyhyysrajan alittavan väestön osuus suhteellisella ja kiinteällä vuoden 1995 köyhyysrajalla vuosina 1995-2004, prosenttia. Köyhyysraja 50 tai 60 prosenttia kotitalouksien mediaanitulosta

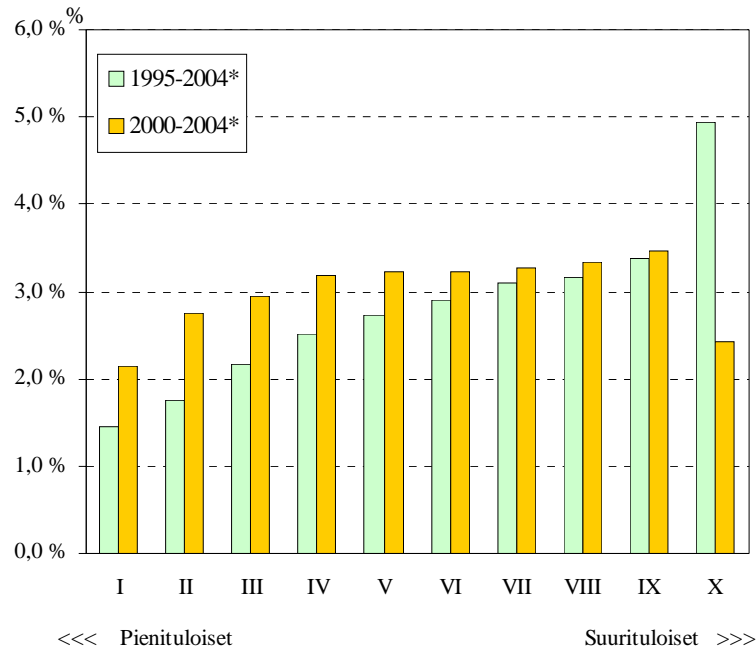


Tulokäsite: Kotitalouksien kulutusyksikköä kohti lasketut käytettävissä olevat tulot.

Muunnetut OECD-kulutusyksiköt. Kotitalouksia painotettu tarkastelussa niiden henkilöluvulla. Suhteellinen köyhyysraja: Raja määritetty suhteessa kunkin vuoden kotitalouksien mediaanituloon. Yleisen tulotason noustessa raja nousee reaalisesti. Kiinteä pienituloisuusraja: Raja määritetty tarkastelujakson alun kotitalouksien mediaanitulon mukaan. Tämän jälkeen rajaa tarkistettu vain hintojen muutosta vastaavasti.

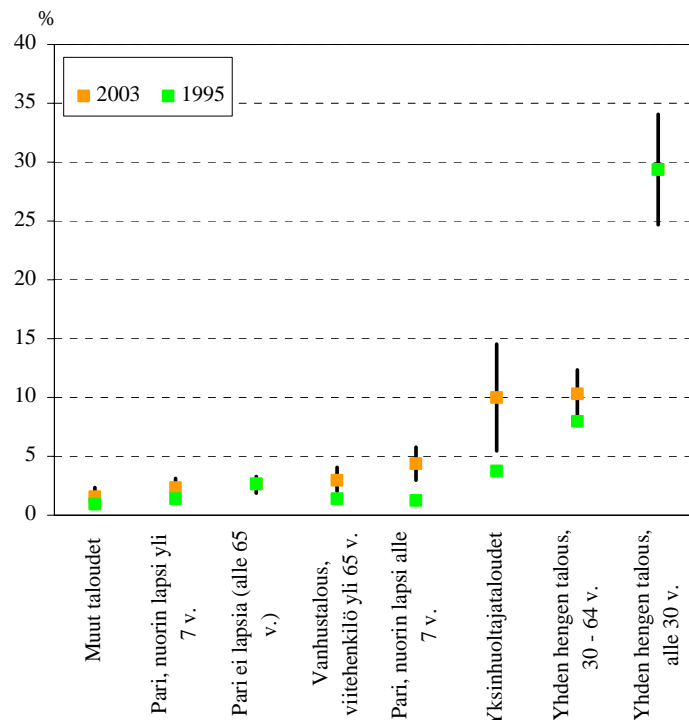
Raja pysyy reaalisesti ennallaan. Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto.

Kuvio 46. Kotitalouksien kulutusyksikköä kohti laskettujen käytettävissä olevien reaali-
tulojen keskimääräinen vuosimuutos eri tulokymmenyksissä vuosina 1995-
2004 ja 2000-2003



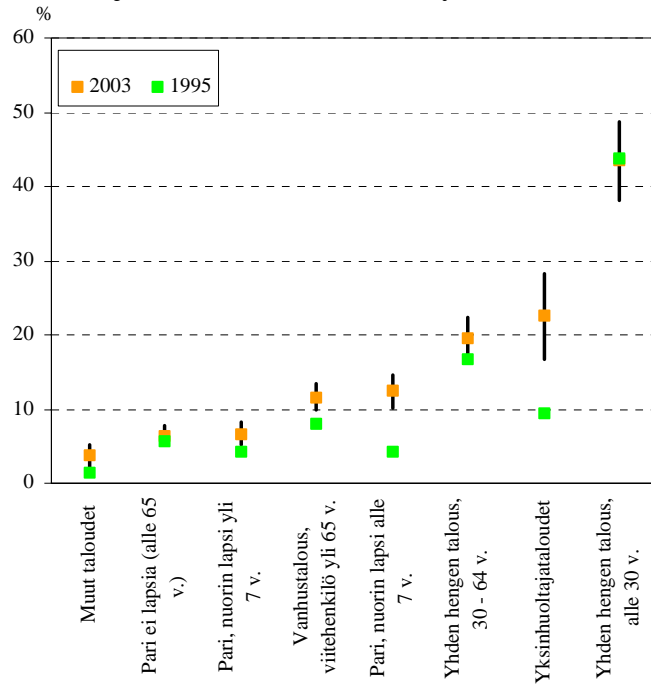
Lähde: Tilastokeskus, tulonjakotilasto

Kuvio 47. Pienituloisen väestön osuus eri perhetyyeissä vuosina 1995 ja 2003, %
Pienituloisuusraja 50 % kotitalouksien mediaanitulosta



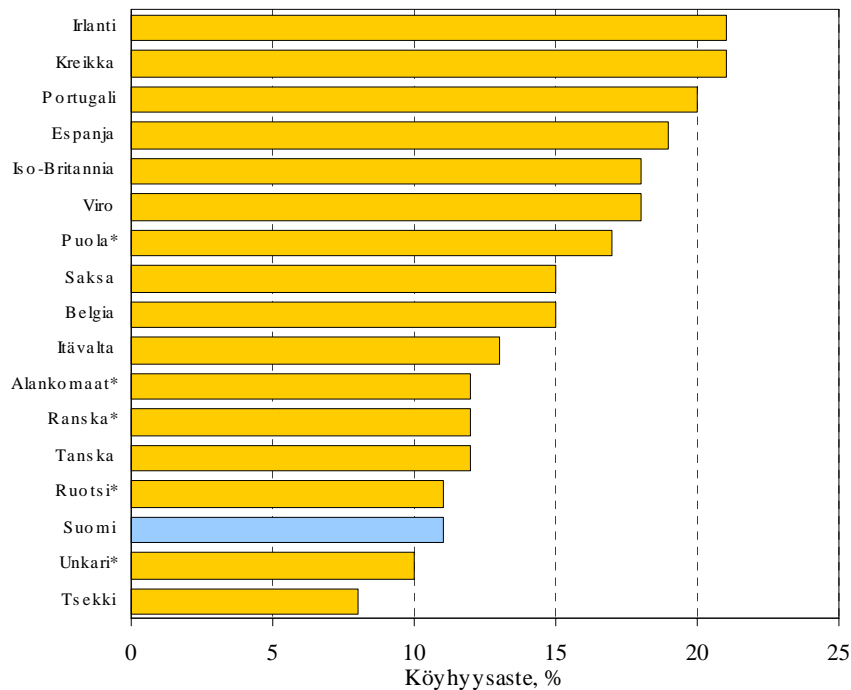
Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto

Kuvio 48. Pienituloisen väestön osuus eri perhetyypeissä vuosina 1995 ja 2003, %
Pienituloisuusraja 60 % kotitalouksien käytettävissä olevasta mediaanitulosta



Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto

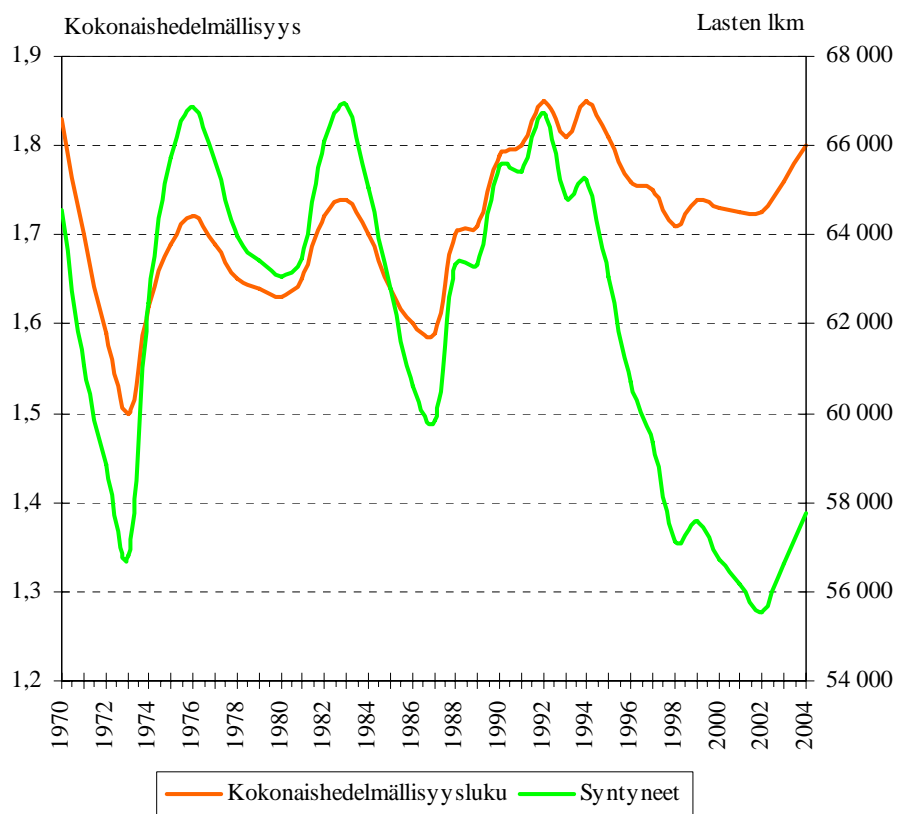
Kuvio 49. Köyhyysaste eräissä nykyisissä EU-maissa vuonna 2002, %. Köyhyysrajana 60 % kunkin maan kotitalouksien kulutusyksikköä kohti lasketusta käytettävissä olevasta tulosta



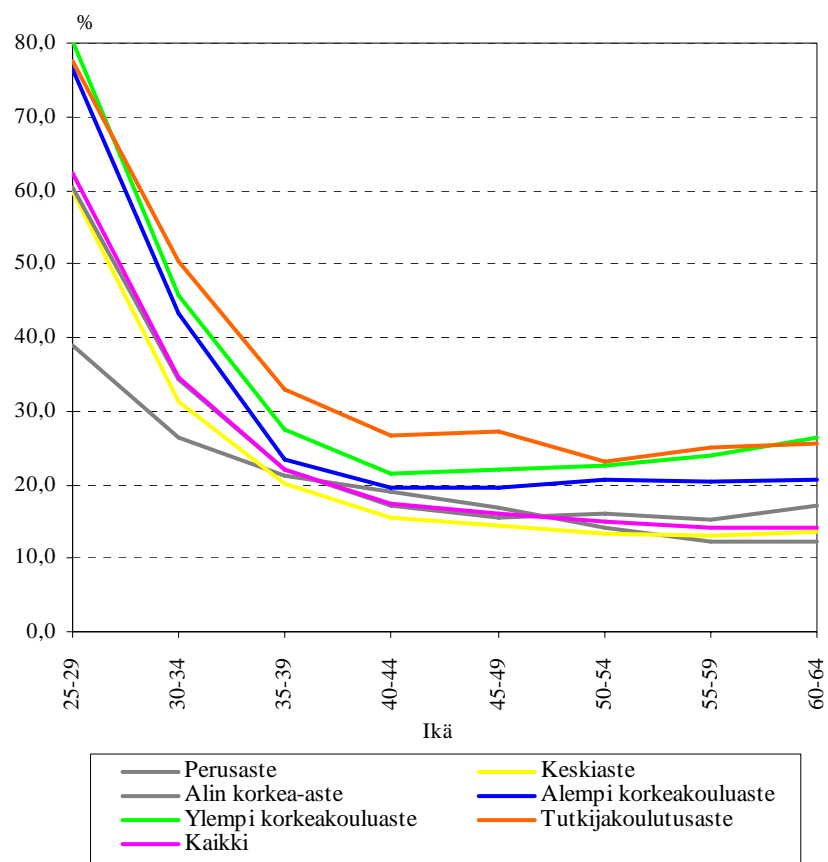
*Tiedot vuodelta 2001. HUOM! Eurostat raportoi tiedot haastatteluvuoden mukaan, vaikka tulotiedot koskevat edellistä vuotta ts. Eurostat raportoi kuvion 2002 (2001) tiedot vuoden 2003 (2002) tietoina.
Lähde: Eurostat

Luku 6 Lapsiperheiden hyvinvointi

Kuvio 50. Syntyneiden lasten määrä ja kokonaishedelmällisyys vuosina 1970 – 2004

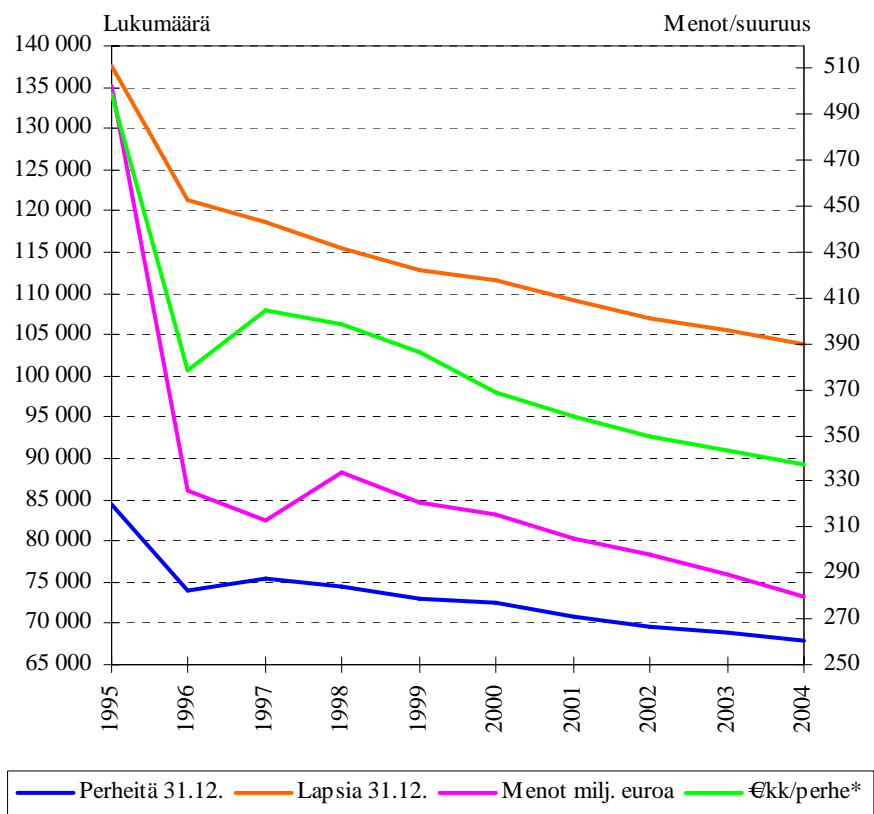


Kuvio 51. Lapsettomien naisten osuus koulutuksen ja iän mukaan 2002



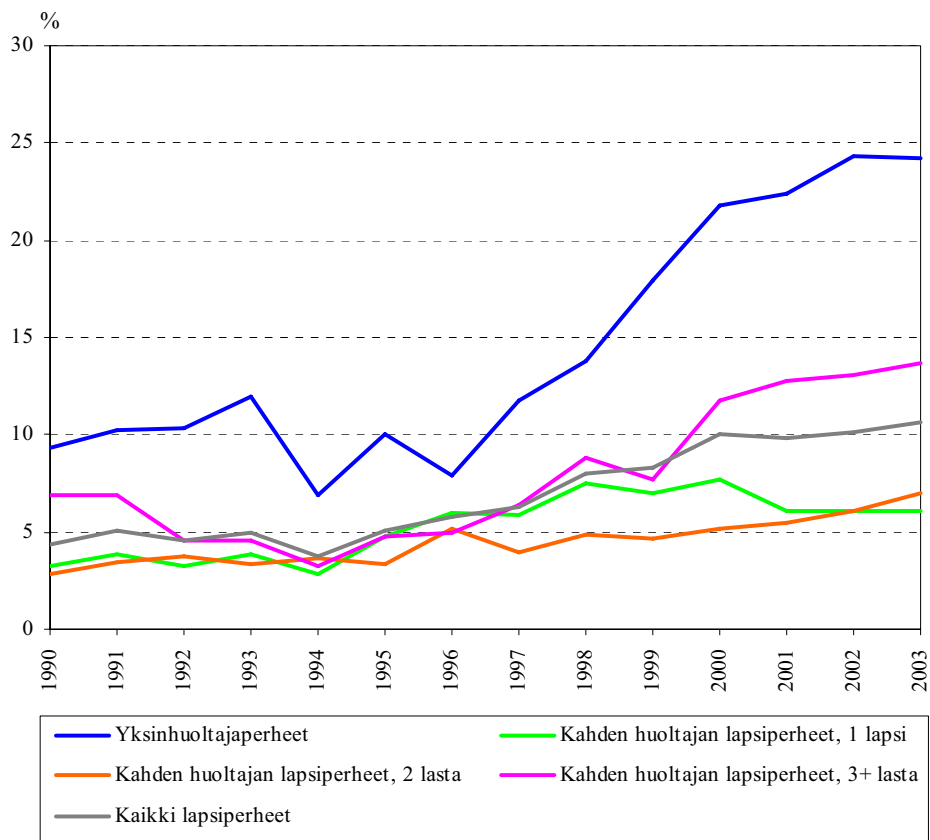
Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 52. Lasten kotihoidon tuki 1995 – 2004



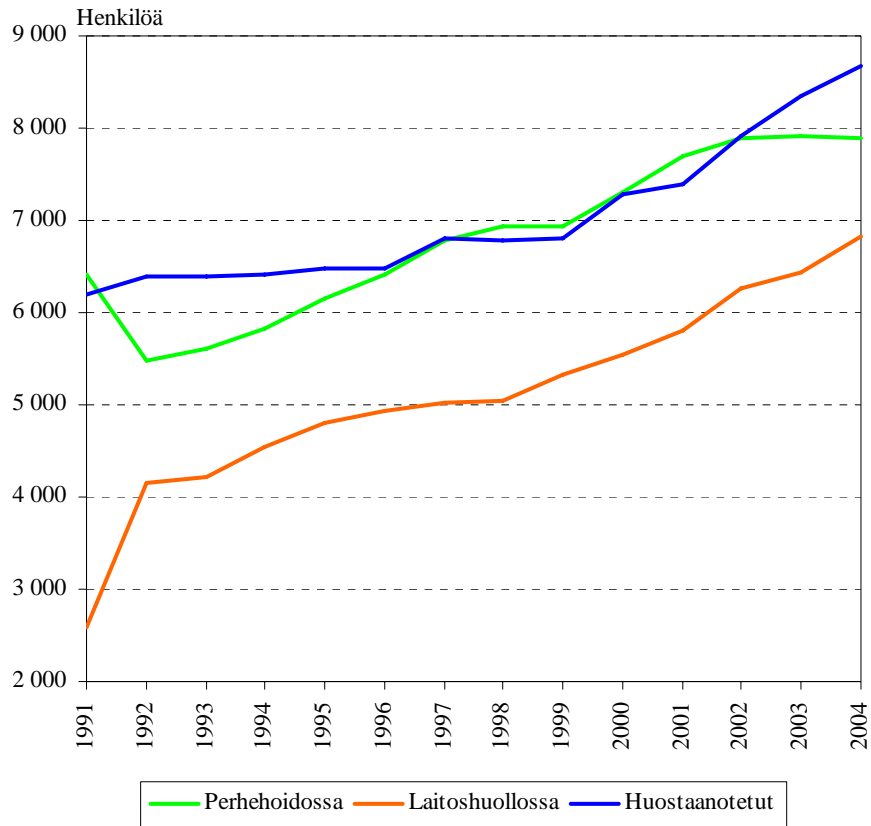
*vuoden 2004 rahana

Kuvio 53. Pienituloisuusrajan alapuolella olevien lapsiperheiden osuus vuosina 1990 – 2003. Pienituloisuusraja 60 % mediaanitulosta.



Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 54. Kodin ulkopuolelle sijoitetut sekä huostaanotetut lapset ja nuoret 1991 - 2004



Lähde: Stakes

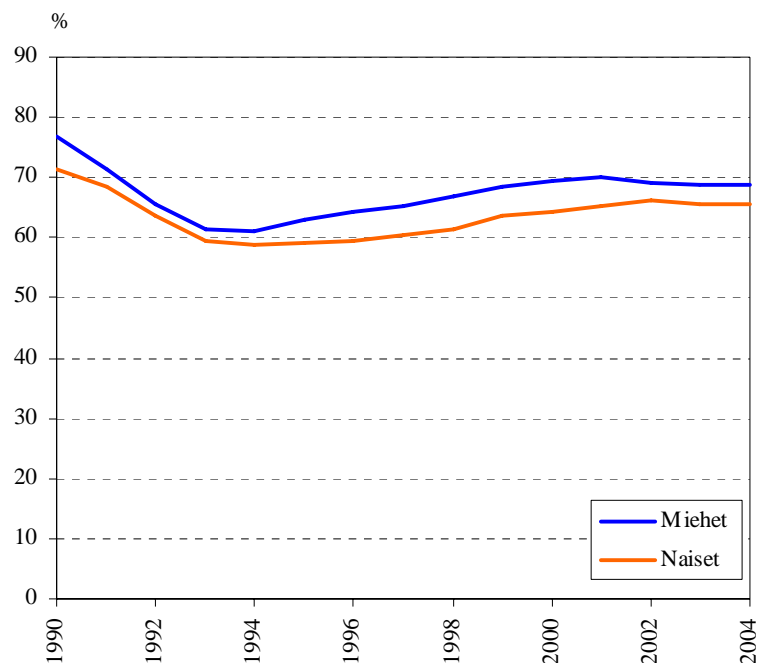
Taulukko 2. Alle kouluikäisiä lapsia kunnan järjestämässä päivähoitossa 1998 – 2004, osuus ikäluokasta, %.

	Lapsen ikä, vuotta							
	0	1	2	3	4	5	6	Yhteensä
1998	1,6	27,0	39,7	55,2	61,0	65,8	76,5	48,0
1999	1,4	26,1	40,1	55,8	62,7	66,9	77,7	48,4
2000	1,4	25,6	39,3	55,8	62,5	66,8	63,8	45,9
2001	1,5	26,0	40,3	56,1	62,8	67,5	64,1	46,2
2002	1,2	25,2	40,7	56,5	63,1	67,3	64,4	46,0
2003	1,3	24,9	40,3	57,4	63,6	68,0	64,1	46,0
2004	1,0	25,5	41,3	57,0	63,4	67,9	63,3	45,6

Lähde: SOTKA

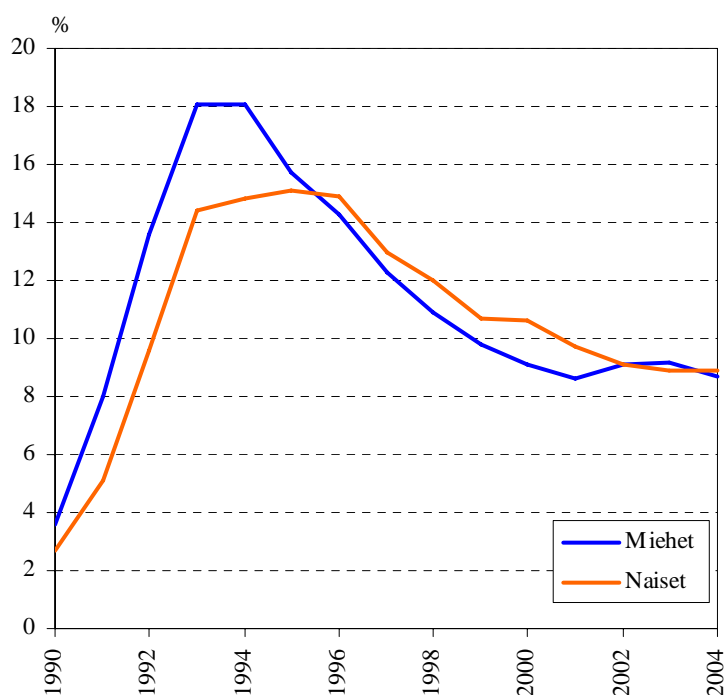
Luku 7 Sukupuolten tasa-arvon edistäminen

Kuvio 55. Työllisyysaste sukupuolen mukaan vuosina 1990-2004, %

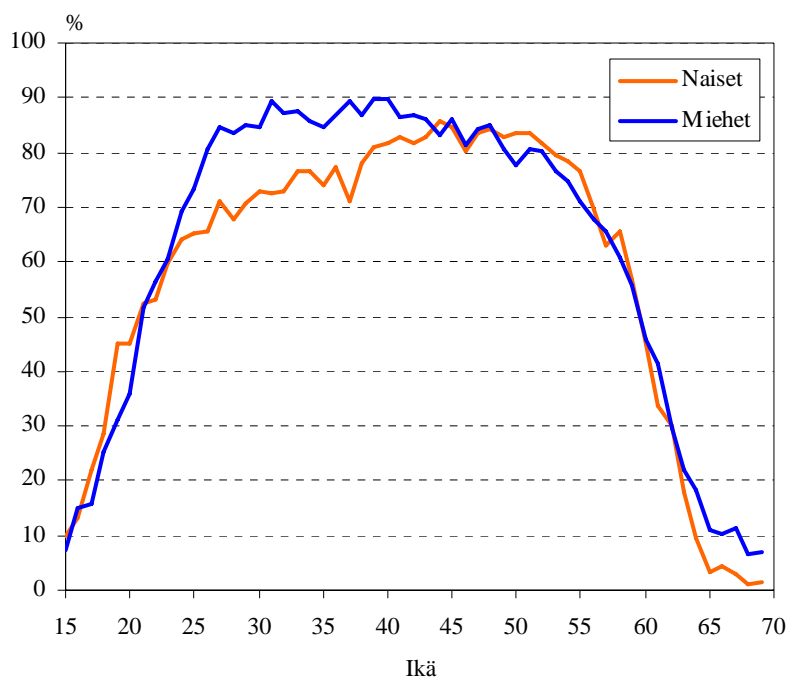


Työllisyysaste: Työllisten osuus 15-64-vuotiaasta väestöstä. Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

Kuvio 56. Työttömyysaste sukupuolen mukaan vuosina 1990-2004, %

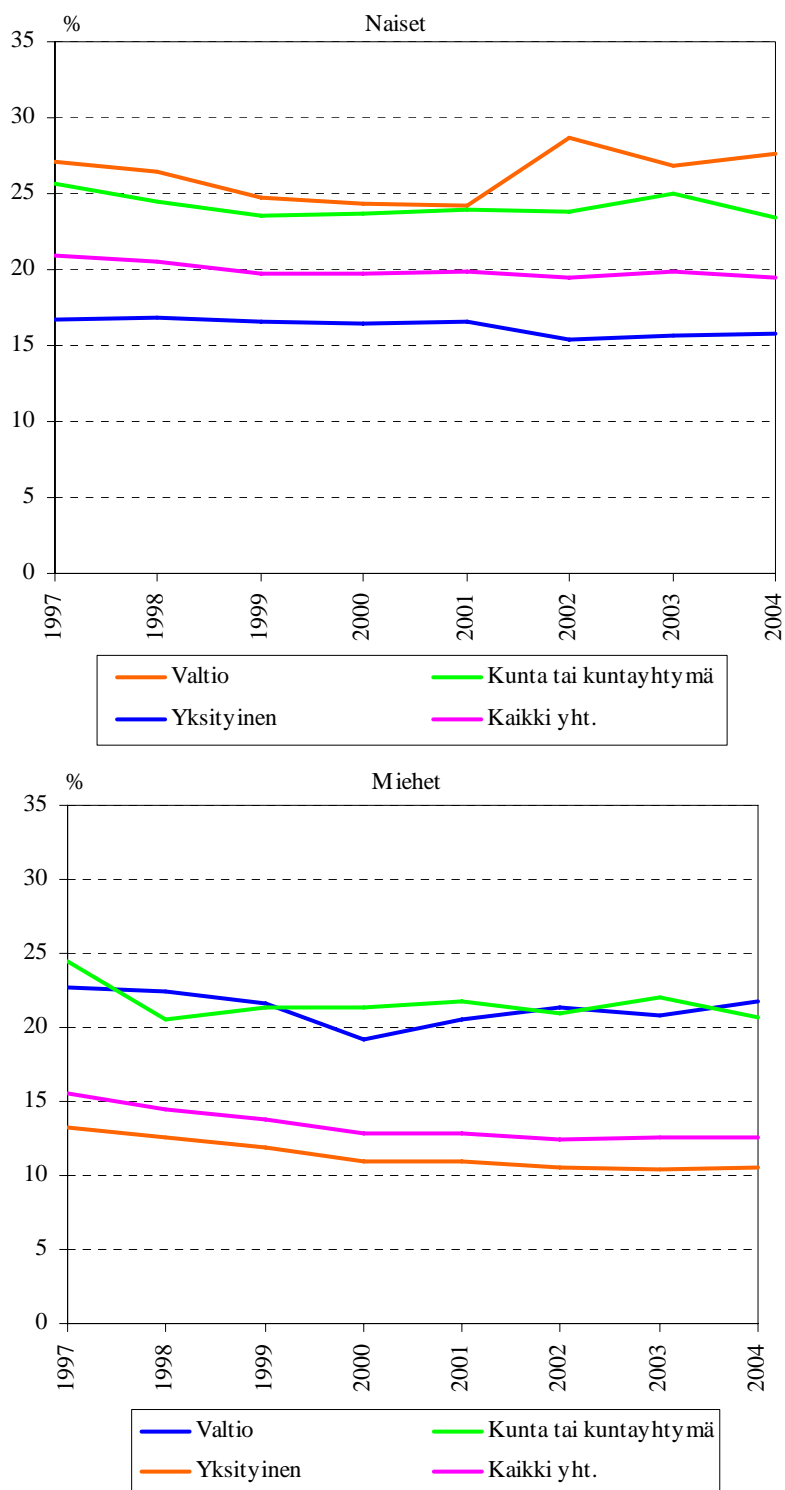


Kuvio 57. Naisten ja miesten työllisyysaste ikäluokittain vuonna 2004, %



Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

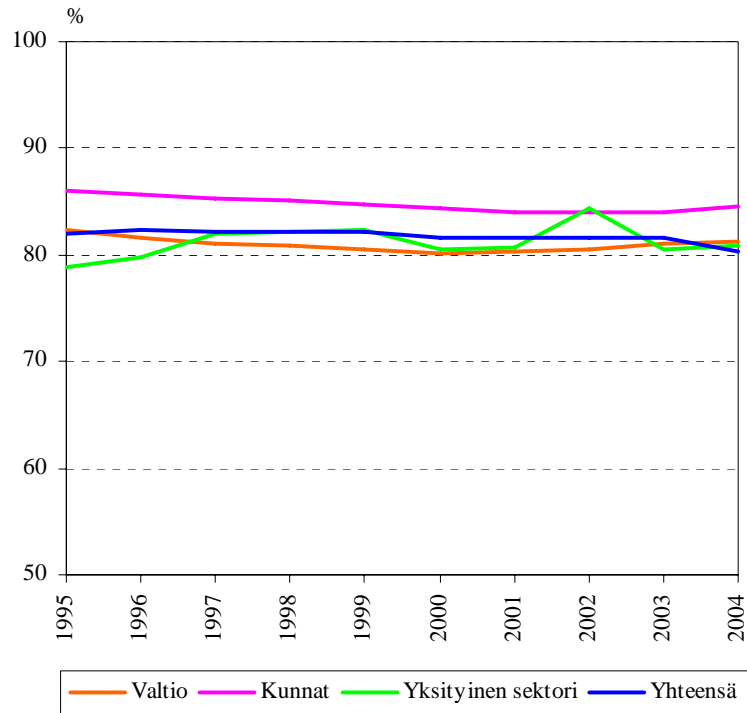
Kuvio 58. Määräaikaisten työsuhteiden osuus sektoreittain sukupuolen mukaan vuosina 1997-2004, %



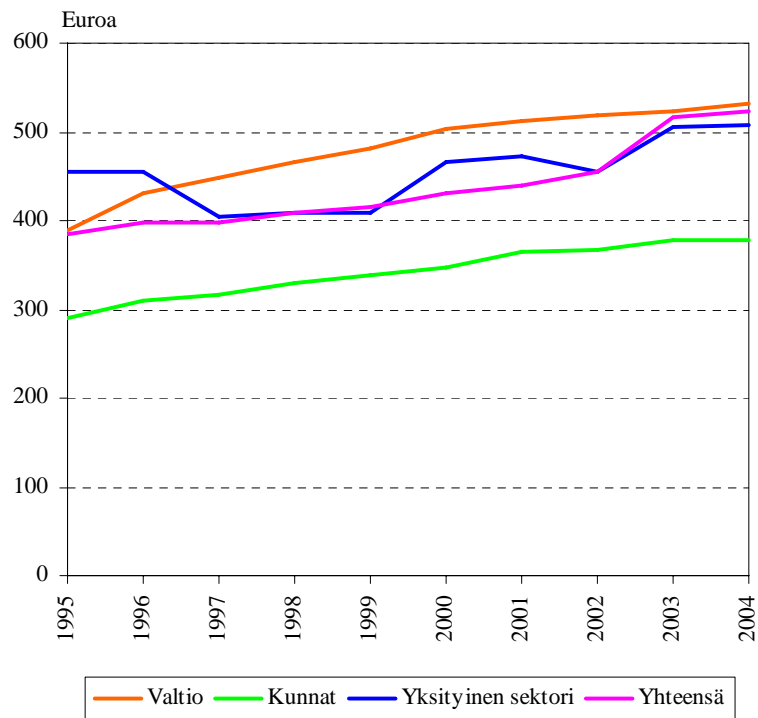
Lähde: Tilastokeskus. Työvoimatutkimus.

Kuvio 59. Palkansaajien säännöllisen työajan keskiansiot sektoreittain vuosina 1995-2003.

Naisten ansiot miesten ansioista, %

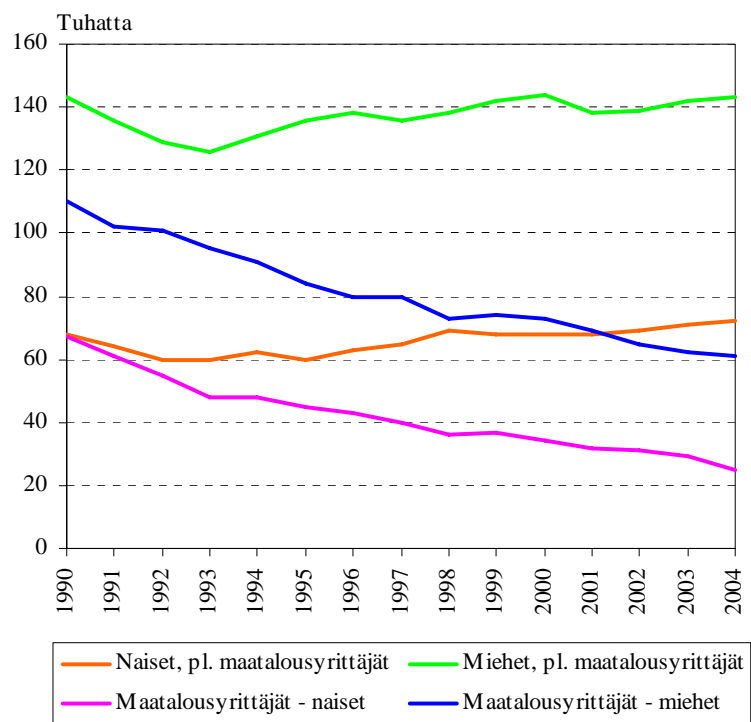


Kuvio 60. Naisten ja miesten palkkaero euroina vuosina 1995-2003, vuoden 2003 hinnoin



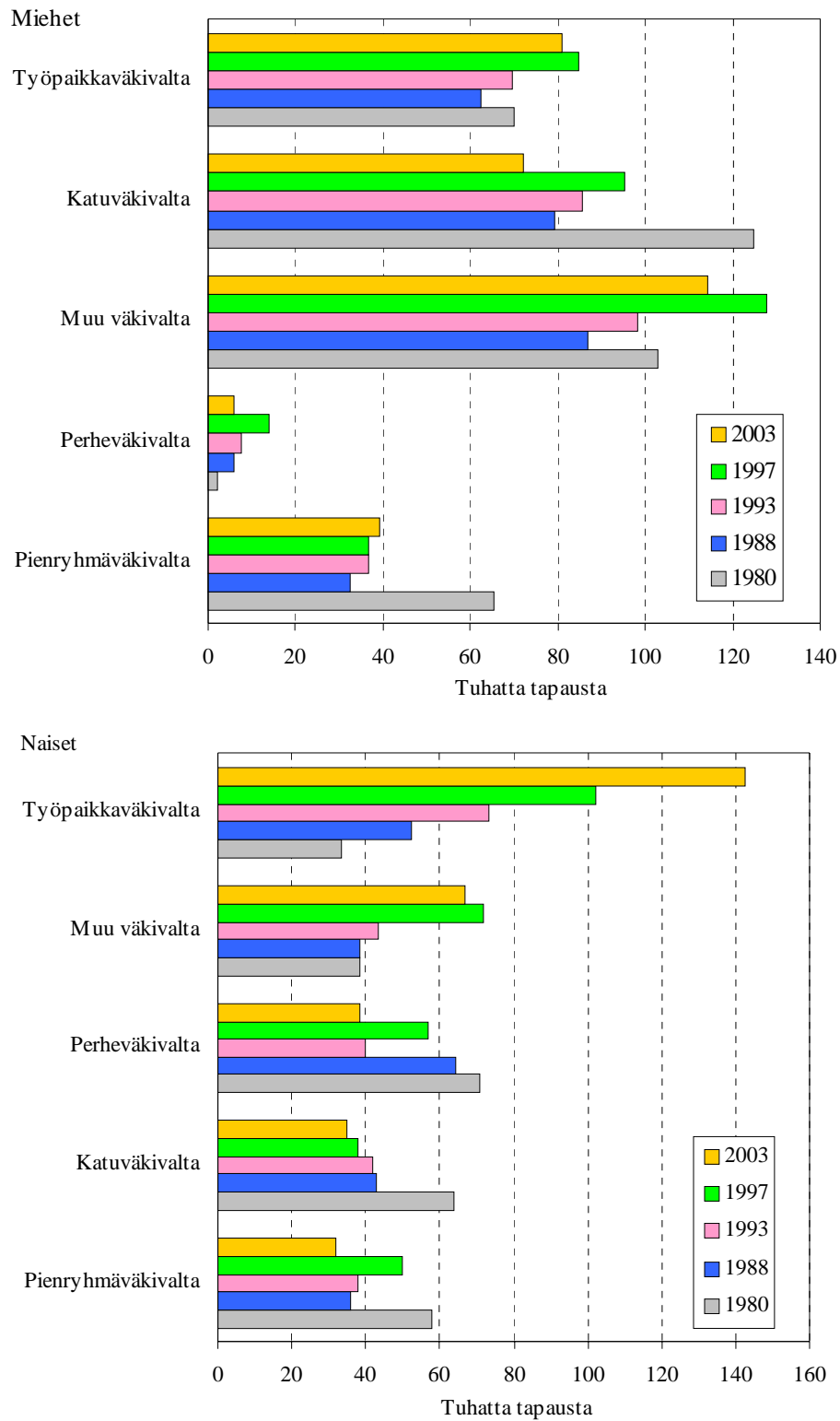
Lähteet: Tilastokeskus, Palkansaajien kuukausiansiot ansiotasoindeksin mukaan ja kuluttajahin-
taindeksi.

Kuvio 61. Yrittäjät ja yrittäjäperheenjäsenet sukupuolen mukaan vuosina 1990-2004



Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 62. Väkivaltatilanteen uhriksi joutuminen vuosina naiset vuosina 1980-2003
15–74-vuotiaat, vuoden aikana



Lähde: Heiskanen Markku, Sirén Reino, Aromaa Kauko (2004). Suomalaisten turvallisuus 2003. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos tutkimustiedonantoja 58.

Loppuviitteet

- ⁱ OECD on Suomen maakatsauksessa käyttänyt saamaa oletusta tuottavuuden kasvusta. Tarkastelu on luonnollisesti hyvin kaavamainen. Esimerkiksi tuottavuuden kasvun ja työllisyysasteen muutosten oletetaan olevan toisistaan riippumattomia.
- ⁱⁱ Sosiaalimenojen ja niiden rahoitukseen vaikuttavia tekijöitä on tarkasteltu laajasti SOMERA -toimikunnan raporteissa.
- ⁱⁱⁱ Painoindeksi 25 tai suurempi
- ^{iv} Alkoholisairaus pääsairautena
- ^v Kunnat käyttävät toimintakyvyn arviointiin erilaisia mittareita, jotka arvioivat ihmisen fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä erilaisin painotuksin. Yleisimpiä mittareita ovat ns. RAVA-indeksi, RAI-arviointijärjestelmä sekä kognitiivisen toimintakyvyn mittaukseen käytettävä MMSE-testi (Mini Mental State Examination).
- ^{vi} Lääkemenojen teoreettinen jakauma tukkumyynnin perusteella on resepti- ja sairaalalääkkeiden välillä 80-20 prosenttia. Tähän tulokseen päästään, jos ei oteta huomioon sairaaloiden lääkeostoista saamia alennuksia. Tarkkoja lukuja ei ole saatavilla. Yleisesti on oletettu, että sairaalat saavat keskimäärin 15 % alennuksia.
- ^{vii} Lainsäädännössä ei määritellä palvelujen järjestämistapaa, laajuutta tai sisältöä, vaan näiden arvioiminen ja toteutus on jätetty kuntien tehtäväksi.
- ^{viii} Varsinkin vanhuspalvelujen osalta rahoitusvirrat ovat tässä esitettyä huomattavasti monimutkaisemmat sisältäen mm. erilaiset investointi- ja toiminta-avustukset.
- ^{ix} OECD käsitteli terveydenhuoltomme monikanavaisuuteen liittyviä näkökohtia Suomen terveydenhuollon arviointiraportissaan.
- ^x Eri kohdissa olevat luvut eivät välttämättä ole yhteenlaskettavissa, sillä tiedot on kerätty useista tilastolähteistä.
- ^{xi} Myös muiden toimialojen avustuksista osa ohjautuu terveydenhuoltoon.
- ^{xii} Avohoidon reseptilääkkeiden myynti verollisin vähittäishinnoin vuonna 2003 oli 1565 miljoonaa euroa ja itsehoitolääkkeiden myynti 270 miljoonaa euroa eli yhteensä 1836 miljoonaa euroa. Tästä sairausvakuutus korvasi 918 miljoonaa euroa vuoden 2003 aikana.
- ^{xiii} Tulotason on todettu korreloivan positiivisesti terveydentilan kanssa. Näin suhteellisesti suurempi osa maksuista kohdentuu pienituloisiin.
- ^{xiv} Tiedot ovat osin puutteellisia, tilastointia on kuitenkin tarkoitus kehittää ja vakiinnuttaa
- ^{xv} Osa mainituista korotuksista ja uudistuksista toteutettiin kesken vuotta. Kansaneläkkeitä korotettiin 1.3.2005 ja lähekkäisten synnytysten päivärahan määräytymisperusteet tulivat voimaan 1.10.2005 lukien.
- ^{xvi} Välittömän työllistymisen edistämisen lisäksi voi esimerkiksi työvoimakoulutuksella olla luonnollisesti muita tavoitteita kuten työttömien työkyvyn yleisempi ylläpito.
- ^{xvii} Kunnallisverotuksen eläketulovähennys supistuu tulojen kasvaessa, joten kaikki eläketuloa saavat eivät ole siihen oikeutettuja. Vuonna 2003 noin 2/3 osaa eläketuloa saaneista oli oikeutettu myös eläketulovähennykseen. Osa vähennykseen oikeutetuista ei tulojen pienuuden ja eläketulovähennyksen takia nytäkään maksa tuloveroa, joten he eivät enää hyödy eläketulovähennyksen kasvusta. Toisaalta eläketulovähennys ulottuu korotuksen seurauksena hieman nykyistä laajemmalle tuloalueelle lisäten näin vähennyksestä hyötävien lukumäärää.
- ^{xviii} Lisäksi työntekijät ovat usein palkan lisäksi oikeutettuja muihin etuihin kuten esimerkiksi työterveyshuoltoon, joita laskelmissa ei oteta huomioon.
- ^{xix} Esimerkissä on oletettu, että lapsi on kokoajan kokopäivähoidossa. Ansioiden lisääntymisen voi tietyllä tuloalueella ajatella liittyvän myös siirtymiseen osapäivätyöstä kokopäivätyöhön. Tähän saattaisi liittyä myös lapsen päivähoidon muuttuminen osa-aikaisesta kokopäiväiseksi, mikä merkitsisi maksujen nousua sekä tulojen nousun että hoitoajan pidentymisen myötä. Tämä saattaisi pahentaa loukkuongelmaa tietyillä tuloalueilla.
- ^{xx} Kyse oli tällöin lähinnä sovitellusta päivärahasta (osa-aikatyön ja työttömyyspäivärahan yhdistelmä) tai puolison tulojen supistavasta vaikutuksesta työmarkkinatukeen. Myös näissä tilanteissa tilanteeseen vaikuttavat myös muut tulovähenteiset etuudet ja verotus.
- ^{xxi} Enintään kahden viikon kestoisen työn päättyessä maksettu lomakorvaus ei estä päivärahan saamista, mutta tulo otetaan huomioon ns. viimeisen sovittelujakson tulona.
- ^{xxii} Uutta omavastuuaikaa ei edellytetä, mikäli työsuhde kestää enintään 14 päivää. Työmarkkinatuen omavastuuaika on viisi työpäivää.

- ^{xxiii} Virjo (2000) on esittänyt arvioita toimeentulotuen alikäytöstä kotitalouksien haastattelussa ilmoittamien tulotietojen perusteella. Tulotietojen, ja toimeentulotuen kohdalla myös varallisuustietojen, aliraportointi haastatteluissa muodostaa tällaisessa tapauksessa erään vakavasti otettavan virhelähteen.
- ^{xxiv} Kokonaisverokiilaan sisällytetään tuloverojen ja sosiaalivakuutusmaksujen lisäksi myös arvio kotitalouksien kulu-
tukseen sisältyvistä välillisistä veroista.
- ^{xxv} Ks. tarkemmin esimerkiksi Koskela, Pirttilä ja Uusitalo (2004), joka on kotimainen katsaus työllisyyden ja verotuk-
sen välisen yhteyden tutkimukseen, sekä esimerkiksi Nickell (2004) ja Nickell, Nunziata ja Ochel (2005).
- ^{xxvi} Vuodesta 2007 alkaen työntekijämäärän sijasta tullaan tarkastelemaan yrityksen palkkasummaa.
- ^{xxvii} Työkyvyttömyyseläkkeiden omavastuumaksuteknikka korvataan maksuluokkajärjestelyllä 1.1.2006 alkaen. Mak-
suluokka määräytyy yrityksen edellisvuosien työkyvyttömyysmenon kehityksen mukaan. Suurten työnantajien omavas-
tuut siis säilyvät, vaikka itse omavastuulaskenta korvautuu maksuluokkamallilla. Työkyvyttömyyseläkkeestä laskettua
kustannusta ei enää suoraan veloiteta työnantajalta, vaan se otetaan huomioon määrättäessä yrityksen myöhempien vuo-
sien maksutasoa. Maksuluokkamalli on toteutettu lähinnä kansainvälisen IFRS-kirjanpitostandardin vuoksi.
- ^{xxviii} Hakola ja Uusitalo (2005)
- ^{xxix} Mustonen ja Viitamäki (2004)
- ^{xxx} Kuntien lisärasitus uudesta osuudesta työmarkkinatuen rahoitukseen (osuus 500 päivän ylittäviltä ”passiivipäiviltä”)
ylittäisi kuntien rahoitusvastuun supistumisen toimeentulotuessa. Tämän kuitenkin korvattaisiin kokonaisuudessaan li-
säämällä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia sekä korottamalla kuntien verotuloihin perustuvaa tasausrajaa
yhdellä prosenttiyksiköllä.
- ^{xxxi} Ks. Färkkilä (2005)
- ^{xxxii} Esimerkkitapauksessa nuorimman lapsen oletetaan olevan kaksivuotias. Vuonna 2001 Helsinki-lisä oli 800 markkaa
kuukaudessa kotitaloutta kohti, jos nuorin lapsi oli kaksivuotias ja 1300 markkaa, jos nuorin lapsi oli alle kaksivuotias.
Nykyiset vastaavat euromäärät ovat 134,55 ja 218,64 euroa kuukaudessa.
- ^{xxxiii} Tulonjakotilaston vuosien 2000-2003 aineistojen perusteella melko merkittävä osa kotihoidon tukea saaneista van-
hemmista, lähinnä äideistä, näyttäisi aluksi siirtyvän työttömiksi lapsen täyttäessä kolme vuotta. Vuositasolla työttömik-
si luokiteltujen äitien osuus nousee 5 prosentista aina 15 prosenttiin nuorimman lapsen iän noustessa vuodesta 4 vuo-
teen (täysinä vuosina kalenterivuoden lopussa). Tämän jälkeen työttömien osuus alkaa melko ripeästi laskea. Osuus
laskettu vuoden pääasiallisen toiminnan mukaan koko ikäluokasta, joten lukua ei pidä verrata työttömyysasteisiin.
- ^{xxxiv} OECD (2005)
- ^{xxxv} Arvioissa olisi otettava huomioon myös kotihoidon tukea saaneiden valikoituminen jo alun perin koulutustason ja
muiden tekijöiden osalta. Kaikkia valikoitumiseen vaikuttavia tekijöitä voi olla vaikea suoraan havaita tutkimusaineis-
toista. Kovin voimakkaasti urasuuntautuneet vanhemmat eivät välttämää valitse kotihoidon tukea.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
PUBLICATIONS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

ISSN 1236-2050

2006: 1 Sosiaaliturvun suunta 2005-2006.
ISBN 952-00-1935-9 (nid.)
ISBN 952-00-1936-7 (PDF)